

Vol. XIV.

ABRIL-MAYO-JUNIO DE 1948.

NUM. 2.

CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
LA HABANA, CUBA

REVISTA TRIMESTRAL

DIRECTOR FUNDADOR:

PROF. DR. ALBERTO INCLAN

CUERPO DE REDACCION:

PROF. RAFAEL PENALVER
PROF. PEDRO SANCHEZ TOLEDO
DR. JOSE I. TARAFIA
DR. ALBERTO BARBA INCLAN
DR. ISIDORO PASCAU
DR. JOSE PEREZ LORIE
DR. LUIS IGLESIAS
DR. CARLOS ARAZOZA

DR. ARTURO FERIA (Santiago de Cuba)
DR. ALBERTO INCLAN WERNER
DR. RAUL RODRIGUEZ
DR. A. JIMENEZ PLA (Matanzas)
DR. ULISIS SOSA (Camagüey)
DR. GUILLERMO BARRIENTOS
DR. ANTONIO PONCE DE LEON
DR. ANTONIO GASSIO (Santiago de Cuba)
DR. MARIO M. STONE

SECRETARIO DE REDACCION:
DR. ISIDORO PASCAU.

JEFE DE CIRCULACION:
SR. MARIO MESA

Dirección Postal: APARTADO 1928 — La Habana, Cuba

Redacción y Administración: CALLE 21 No. 456, entre E y F, Vedado

Subscripción anual: \$3.00

Extranjero: \$4.00. Cy.

Número suelto: \$1.50

Inscripta como correspondencia de segunda clase en la Administración de Correos de la Habana.

HAGA *Gárgaras*
a menudo con Listerine

¡Nunca descuide un resfriado! Por simple que parezca, lleva siempre en sus garras el peligro de una gripe, una pulmonía, una mastoiditis o infección de las cavidades faciales—y hasta la tuberculosis.

¡Protégase! A la primera señal de un resfriado o dolor de garganta, haga gárgaras con el Antiséptico Listerine sin diluir. Así se destruyen hasta el 99 por ciento de los microbios en la boca y garganta. Es tan eficaz que aún cuatro horas después de usarlo pudo notarse una reducción de 64 por ciento en el número de microbios. No en vano es el Antiséptico Listerine el preferido para atajar resfriados y evitar males más graves.

Cómprese un frasco hoy mismo y haga gárgaras mañana y noche, no sólo para combatir resfriados, sino para evitar contraerlos.

Pruebe la Crema Dentífrica Listerine. Verá qué brillo da a sus dientes en pocos días.

ANTISEPTICO
LISTERINE

*No trate Ud. mismo de curarse un mal grave
— consulte con su médico inmediatamente.*



BIONODAL

FORMULA "I"

50	{	Azufre coloidal	0.0005 gr.
		Cloruro de Tiamina	0.050 gr.
		Agua destilada c. s. h.	2 cc.

FORMULA "II"

100	{	Azufre coloidal	0.0005 gr.
		Cloruro de Tiamina	0.100 gr.
		Agua destilada c. s. h.	2 c.c.

ANTIRREUMATICO, ANTINEURITICO Y ANTINEURALGICO
ARTRITIS Y PERIARTRITIS REUMATICAS, BURSI-
TIS, CELULITIS, NEURALGIAS FACIALES, BRAQUIA-
LES, INTERCOSTALES, LUMBAGO, CIATICA.

POLINEURITIS LIGADAS A DISTINTOS PROCESOS:
EMBARAZO, DIABETES, SIFILIS, INTOXICACIONES DIVERSAS

CIERTAS AFECCIONES CUTANEAS
ESTADOS SEBORREICOS, ACNE, DERMATOMICOSIS

Un ampula diaria o en días alternos.

PRESENTACION

- I: Caja de 6 ampulas de 2 c.c., conteniendo 50 miligramos de Tiamina por ampula.
- II: Caja de 6 ampulas de 2 c.c., conteniendo 100 miligramos de Tiamina por ampula.

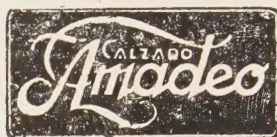
Preparado por los Laboratorios

INSTITUTO BIO-QUIMICO DE CUBA, S. A.

SAN LAZARO NO. 659

HABANA, CUBA

Miembro de la Asociación de Laboratorios Cubanos



ESPECIALIDAD EN CALZADO
ORTOPEDICO A LA MEDIDA

EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION
FACULTATIVA

Padre Varela No. 553

entre Pocito y Jesús Peregrino

TELF. A-6562

HABANA



LA



TRICALCINE

**EL RECALCIFICANTE
CLASICO**

POLVO-GRANULADO-SELLOS-COMPRIMIDOS

**CARIES DENTARIAS
TRASTORNOS DENTARIOS-DECALCIFICACION**

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA, 21, Rue Chaptal, PARIS (IX^e)

DROGUERIA DANHAUSER

NEPTUNO Y PERSEVERANCIA

SURTIDO COMPLETO DE

DROGAS — PATENTES — PERFUMERIA



MENSAJEROS A TODAS PARTES DE LA CIUDAD

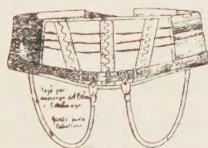
M-3202 — M-3203 — M-6600

Corsetería Científica

— DE —

MANUEL LOPEZ ESTRADÉ

Profesora: Edilia Ibarra



COLON CAIDO O TOSIS
CON COJINES

Especialidad en Faja Ortopédica

Exclusivamente por prescripción Médica

NEPTUNO No. 612, entre Escobar y Gervasio, TELEFONO A5-1411-Habana

¿SU EDAD?



*¡La edad de sus
Arterias!!*

El SAC (Suero Antirreticular Citotóxico de Bogomolets)

MANTIENE la elasticidad tisular y en principio

E V I T A la rigidez de las esclerosis,

ESTIMULA directamente el sistema retículo endotelial

DETERMINA una fuerte reacción no específica,

FAVORECE notablemente la reparación tisular y

A Y U D A la acción eficaz de las drogas específicas.



LA HABANA, CUBA

Cirugía Ortopédica y Traumatología

REVISTA TRIMESTRAL

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

DIRECTOR FUNDADOR:

PROF. DR. ALBERTO INCLAN

CUERPO DE REDACCION:

PROF. RAFAEL PEÑALVER
PROF. PEDRO SANCHEZ TOLEDO
DR. JOSE I. TARAFÁ
DR. ALBERTO BARBA INCLAN
DR. ISIDORO PASCAU
DR. JOSE PEREZ LORIE
DR. LUIS IGLESIAS
DR. CARLOS ARAZOZA

DR. ARTURO FERIA (Santiago de Cuba)
DR. ALBERTO INCLAN WERNER
DR. RAUL RODRIGUEZ
DR. A. JIMENEZ PLA (Matanzas)
DR. ULISIS SOSA (Camagüey)
DR. GUILLERMO BARRIENTOS
DR. ANTONIO PONCE DE LEON
DR. ANTONIO GASSIO (Santiago de Cuba)
DR. MARIO M. STONE

COLABORADORES NACIONALES:

Dr. Armando Carrero. — Dr. M. Sánchez Fernández. — Dr. Ernesto Despaigne. — Dr. José Sampedro. — Dr. Guillermo Palacios. — Dr. José Lastra. — Dr. Amador Guerrero. — Dr. C. R. Ramírez Corría. — Dr. Rafael Inclán.

COLABORADORES EXTRANJEROS:

Prof. Ober (Boston). — Dr. R. Ducroquet (Paris). —
Dr. Henderson (Rochester). — Prof. Nove Josseland (Lyon). — Prof. Ombredanne (Paris).
— Dr. H. W. Orr (Lincoln). — Prof. Sorrell (Paris). — Prof. José Valls (Buenos
Aires). — Dr. Ortiz Tirado (México). — Prof. Bohler (Viena). — Dr. Armitage Whitman
(New York). — Dr. Juan Farrill (México). —
Dr. Edward I. Compere (Chicago). — Prof. Lelio Zeno (Rosario, Argentina). — Dr. Leo
Meyer (New York). — Dr. Samuel Kleimberg (New York). — Dres. J. S. Speed y F. O.
McGee (de la Willis C. Campbell Clinic., Tennessee, E. U. A.)

SECRETARIO DE REDACCION:

DR. ISIDORO PASCAU

JEFE DE CIRCULACION:

SR. MARIO MESA

Dirección Postal: APARTADO 1928 — La Habana, Cuba

Redacción y Administración: CALLE 21 No. 456, entre E y F, Vedado

Suscripción anual: \$3.00

Extranjero: \$4.00. Cy.

Número suelto: \$1.50

A los Señores Editores:

CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGICA hará mención de todas las tesis y monografías que le sean enviadas con un juicio crítico sobre las mismas firmado por un especializado, siempre que su importancia lo justifique. En la sección correspondiente a Literatura Extranjera se publicarán extractos de artículos originales de las revistas que se nos envíen mediante canje.

La reproducción de un artículo original en otra Revista, implicará la mención del título de ésta.

A los Señores Colaboradores:

Los trabajos originales deben remitirse con letra clara, líneas espaciadas y títulos breves, adjuntando un extracto a manera de resumen para ser traducido a otros idiomas. Los fotograbados serán enviados con notas explicativas para su interpretación.

SE SOLICITA EL CANJE
ON PRIE L'ECHANGN
SI PREGA L'INTERCAMBIO
EXCHTNGE IS DINDLY SOLICITED
AUSTAUSCH ERWUENSCHT!

La relacionado a Redacción y canje envíese a la dirección señalada más abajo:

Addresser tout ce qui concerne la Redaction et l'Echance a l'adresse ci-dessous:

Dirigiere tuto ciò che riguarda la Redazione e l'Intercambio al seguente indirizzo:

All correspondence respecting Redaction and Exchange should be addressed to the address below:

Bitte alles ie Redaktion und Austausch betreffende an die unten verzeichnete Anschrift richten:

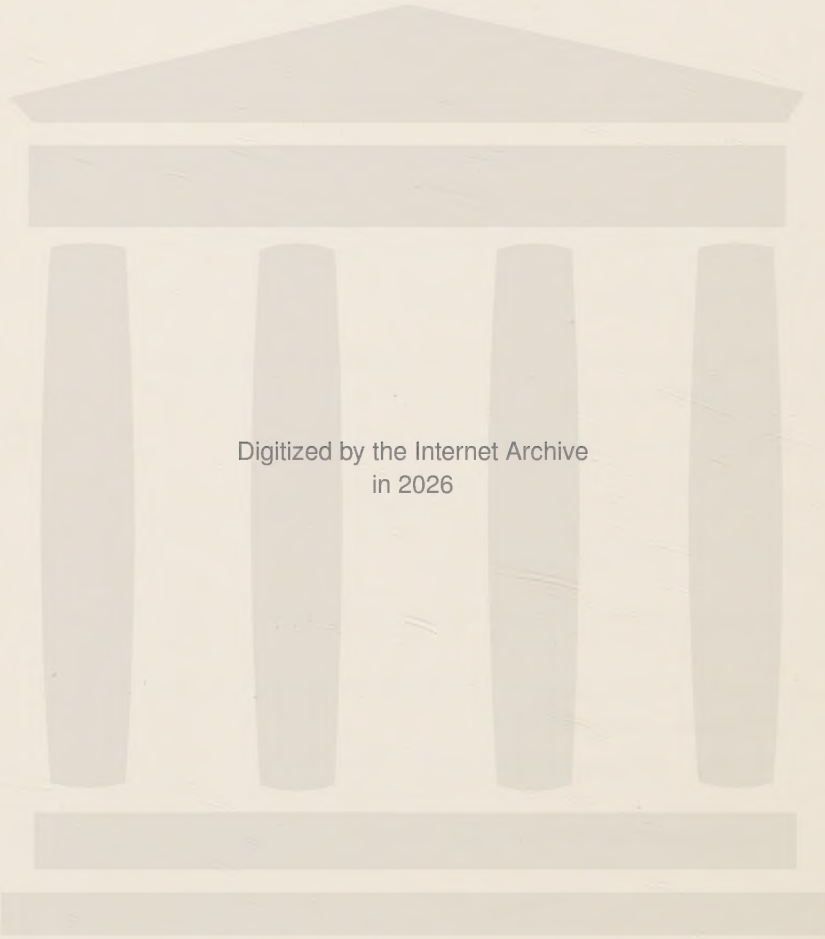
CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

APARTADO No. 1928

LA HABANA, CUBA

SUMARIO

	PAG.
<i>Aspecto Médico-Social de la Tuberculosis Osteo-Articular.</i>	
por el Prof. Dr. Alberto Inclán	51
<i>"Tuberculosis Osteo-Articular". Estudio de su Morbilidad:</i>	
<i>Datos estadísticos.</i>	
por el Dr. Enrique Aymerich	64
<i>Tratamiento Quirúrgico de la Tuberculosis Osteo-Articular.</i>	
por el Dr. Alberto Inclán Jr.	75
Estos tres trabajos fueron presentados ante la Soc. Cubana de Fisiología en sesión auspiciada por el Consejo Nacional de Tuberculosis.	
<i>Tratamiento de la Tenosinovitis Tuberculosa por Métodos</i>	
<i>Quirúrgicos y Streptomycin.</i>	
por el Dr. Alberto Inclán Jr.	93
<i>Literatura Nacional y Extranjera</i>	100



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aspecto Médico-Social de la Tuberculosis Osteo-Articular *

Prof. Dr. ALBERTO INCLAN.

Treinta y un años de labor hospitalaria y de práctica privada, empeñados siempre con igual tesón en la mejor resolución del problema que confrontamos frente a las diversas localizaciones de la tuberculosis ósea y articular, nos conceden grado de autoridad suficiente, para presentar ante la Sociedad Cubana de Tisiología, Tribuna técnica del Consejo Nacional de Tuberculosis, la realidad cubana de esta grave, rebelde y marcadamente invalidante localización de la infección tuberculosa.

Por tratarse de una enfermedad tuberculosa, su aspecto médico-quirúrgico, ha de enrolarse para su prevención, diagnóstico precoz y tratamiento dentro del organismo que en nuestro país lleva la responsabilidad de la campaña antituberculosa: el Consejo Nacional de Tuberculosis; y entendiéndose así, fué creado dentro del mismo, el Servicio de Tuberculosis Osteo-Articular que, bajo mi dirección, funciona anexo al Servicio de la Cátedra de Ortopedia en el Hospital Mercedes, y en el cual funge como único especialista el Dr. Inclán Werner, su Jefe de clínica.

Al mismo tiempo, por el carácter invalidante de esta afección y por el largo período de tiempo que requiere su tratamiento, constituye un gran problema de orden social y económico, que las instituciones destinadas a la protección del inválido deberán confrontar, cuando funcionen en nuestro país, para devolver a la vida activa a cada uno de estos enfermos al terminar su curación.

Los medios de que disponemos para la encomienda del tratamiento de la tuberculosis ósea y articular, son tan insuficientes, que apenas mencionarlos.

Pero esta oportunidad no puede desperdiciarse y es nuestro deber señalar las precarias condiciones en que desenvolvemos nuestros empeños, origen de frustraciones de grandes e inútiles esfuerzos, tendentes a obtener la curación de estos enfermos. En el Hospital Mercedes, contamos con un servicio de Dispensario que atiende el Dr. Inclán Werner, sin otro personal auxiliar que no sea el volunta-

*Trabajo leído ante la Sociedad Cubana de Tisiología.

rio que colabora en el Servicio de Ortopedia, y en el cual se tratan como enfermos ambulatorios todos aquellos casos que por el estado de sus lesiones no requieren con gran urgencia la hospitalización.

Solamente contamos con seis o siete camas en la Sala de niños de las catorce de que dispone el Servicio de la Cátedra de Ortopedia y dos que tenemos en la Sala de Adultos varones para el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis ósea y articular, siendo difícil poder movilizar estos enfermos una vez operados, por no tener instituciones de tipo sanatorial hacia donde derivarlos, restándole así la oportunidad de tratamiento quirúrgico a muchos casos que lo requieren.

El Consejo nos concede una enfermera para el salón de operaciones y un sirviente, con un pequeño crédito mensual, para material quirúrgico, prótesis, enyesados, etc. Esto es lo que tenemos, y con ello y una gran dosis de buena voluntad hemos venido rindiendo nuestra labor.

No pretendemos esta noche, dictar una conferencia sobre tuberculosis ósteo-articular, ya que hojeando los textos, encontraríamos, todo lo que yo pudiera decir y mucho más. Lo que pretendo, menos didáctico, pero más encaminado a fines útiles y prácticos, es plantear y discutir la realidad médica y social de la tuberculosis ósea y articular en nuestro medio.

En primer término, debemos considerar a la tuberculosis ósea y articular como una localización secundaria de la infección bacilar, cuya fase primaria se produjo con anterioridad, bien a nivel del pulmón o a nivel del intestino. Sólo en raras ocasiones podrá producirse la infección directa a través de heridas comunicantes con el hueso o la articulación por el bacilo de Koch.

Por lo tanto hay que considerar a la tuberculosis ósteo-articular, como una manifestación clínica del enfermo tuberculoso. Este concepto nos lleva de la mano a comprender como es necesario enlazar a la misma en el programa sanitario de la lucha antituberculosa, ya que en las medidas profilácticas que presiden esa campaña, van incluidas las que necesariamente habrán de modificar su morbilidad.

Se admite que el bacilo tuberculoso humano y el bovino son los dos gérmenes que predominan en la etiología de la tuberculosis ósteo-articular. Penetran preferentemente por inhalación o por deglución, ocasionando una localización visceral, una infección ganglionar y engrosamientos linfáticos comunicantes, "linfangitis puente", produciéndose así los elementos constitutivos del complejo primario de Hanke.

La caseificación ganglionar, permite el paso al torrente circulatorio de la infección tuberculosa y es así secundariamente, como infección metastásica, preferentemente por vía hemática o hemato-linfática, que se produce una localización secundaria en el esqueleto.

Sin esa primo infección bacilar la tuberculosis ósteo-articular desaparecería totalmente o quedaría reducida tal vez a algún caso rarísimo de infección directa, preferentemente del tipo de las espinas ventosas.

Nuestras estadísticas demuestran que en lo que concierne a la tuberculosis ósea y articular, las medidas profilácticas que en la lucha antituberculosa han sido llevadas a cabo por la Sanidad Cubana y muy especialmente, desde su creación, por el Consejo Nacional de Tuberculosis, han permitido constatar una disminución lenta, pero progresiva de la frecuencia de esta enfermedad. El mejoramiento de las condiciones higiénicas, de la alimentación, las campañas de divulgación para poder llegar a un diagnóstico precoz de la Tuberculosis, las unidades dispensariales, los surveys, la vacunación con el B.C.G., empeños en la lucha antituberculosa, tienen necesariamente que haber sido factor en la reducción de la tuberculosis ósteo-articular. No es menos cierto que las medidas implantadas por la Sanidad Cubana para acondicionar el suministro de leche a nuestra población; la inspección veterinaria de las vacas lecheras, impidiendo el uso de animales infectadas de tuberculosis, así como exigiendo la pasteurización de la leche, el cierre hermético e higiénico de los recipientes, etc. también han favorecido la disminución de la tuberculosis ósteo-articular de origen bovino.

Lógicamente podríamos pensar que la intensificación de estas medidas sanitarias podrían llegar a erradicar de nuestra población infantil la tuberculosis ósteo-articular. Sin embargo, hasta el presente, este anhelado objetivo no ha sido alcanzado y la fría realidad de los datos estadísticos comprueba que aún está en pie el problema profiláctico de la tuberculosis, exigiendo cada día mayores esfuerzos y más grandes desembolsos estatales para confrontar su tratamiento.

Creemos con Kremer y Wiese, que la afección tuberculosa del esqueleto constituye una metastasis de un foco visceral, predominando los intratorácicos. El foco primario puede o no curarse clínicamente, infectándose el tejido óseo, por metastasis proveniente del mismo; es decir, por infección secundaria. La metastasis tuberculosa se realiza con preferencia en las zonas de tejido esponjoso de mayor irrigación sanguínea, o sea, en las epífisis y metafisis de los huesos largos, en los cuerpos vertebrales y en los huesos del tarso y carpo.

En ocasiones el hueso puede ser infectado por contacto o propagación de un absceso tuberculoso originado en otro foco óseo o extra óseo, como sucede en la tuberculosis costal.

La infección articular puede verificarse en la sinovial o invadirse la articulación por propagación de un foco vecino óseo epifisario.

En nuestro criterio no hay herencia tuberculosa, pero desde luego el hacinamiento, pobre alimentación, malas condiciones higiénicas y sobre todo la convivencia con familiares afectados de tuberculosis pulmonar, son factores de importancia en la etiología.

La predisposición orgánica como expresión de una inferioridad o menor resistencia del sistema óseo, que defiende Wiese, por haber encontrado en los casos de coxitis tuberculosa una espina bífida en el 75% de los casos y en cambio en los afectos de tuberculosis pulmonar sin localización esquelética la exploración negativa en el 79% de los casos por lo que respecta a la búsqueda de una espina bífida, no ha sido confirmada en nuestros casos.

La concomitancia de lesiones pulmonares con localizaciones óseas, es bastante más frecuente de lo que habitualmente se piensa y sería interesante confrontar nuestras estadísticas para conocer exactamente la proporcionalidad. En todos estos casos se necesita la cooperación mutua del fisiólogo y el ortopédico para mejor conducir el tratamiento. Todo enfermo de tuberculosis ósteo-articular requiere control radiográfico repetido de su aparato respiratorio.

No podemos negar la existencia de algunas causas predisponentes, como son los traumatismos, tan frecuentes en los niños, que aparece en la anamnesis del 38% de los casos, y a los que tratan de atribuir los familiares casi siempre una relación de causa a efecto, aunque la caída o contusión recibida haya acaecido en época algo alejada del comienzo de la sintomatología. Creemos que el trauma obra más que como factor causal, como revelador de una localización previa tuberculosa aún asintomática o reactivando un foco latente también preexistente.

Lo mismo podemos decir de las enfermedades infecto contagiosas de la infancia, como el sarampión, coqueluche, escarlatina; o de afecciones como la gripe, que pueden disminuir las defensas favoreciendo la infección tuberculosa o su generalización y localización en los huesos y articulaciones.

El sexo no parece influir, pero sí la edad, con marcada preponderancia en las localizaciones óseas, (espina ventosa) de los dos a los cuatro años. En los primeros meses de la vida es muy rara.

En resumen: la tuberculosis ósteo-articular, no constituye unidad nosológica aparte; es una localización esquelética de una infección tuberculosa que debe ser evitada, correspondiendo la profilaxis de la misma a los organismos estatales encargados de la lucha contra la tuberculosis. Como quiera que el pronóstico de los enfermos tuberculosos del esqueleto, depende en gran parte de la precocidad y certeza del diagnóstico, médicos especializados debían tener a su cargo la investigación clínica de muchos dolores articulares y claudicaciones atribuidas al "reumatismo" o a "dolores del crecimiento"

y que llegan tardíamente, con avanzadas lesiones tuberculosas ósteo-articulares, que no hubieran escapado a la pericia de un especializado, si éste hubiera estado incluido en el personal de la unidad dispensarial antituberculosa.

(2) La tuberculosis ósteo-articular es una enfermedad de evolución tórpida, que cicatriza con marcada dificultad y extrema lentitud, sin que exista hasta este momento medicación específica alguna para lograr su curación.

La evolución del foco tuberculosis obedece en gran parte a la variedad anátomo patológica que desarrolla la localización bacilar en el tejido óseo, la cual como afirma Sanchis Olmo, no es siempre la misma, sin que haya razones conocidas para explicar este hecho.

En unos casos se produce la osteitis caseosa primaria, por caseificación primitiva medular en que junto al proceso de caseificación predomina histológicamente la conservación de la trabécula, con cambios necróticos que se han querido atribuir a infartos isquémicos de arterias terminales (Lexer y Müller) o a procesos de endoarteritis tuberculosa con isquemia progresiva que facilita el desarrollo de la tuberculosis por falta de irrigación de la zona correspondiente.

En otros casos, observamos la forma granulosa, constituida la lesión por tubérculos típicos y tejido conjuntivo muy rico en fibras, Hay reabsorción lacunar de la trabécula ósea en la porción central del foco y más tarde caseificación de la parte central del mismo. Cuando la reacción del tejido conjuntivo predomina, la lesión avanzará hacia la fibrosis, que es la forma más benigna de la tuberculosis ósea; si predomina el reblandecimiento y caseificación de los tubérculos, se producirá una caverna central, llena de detritus, evolucionando de manera similar a la forma caseosa. Por fusión de las masas caseosas se realiza la formación del absceso tuberculoso, absceso frío o absceso osi o artrofluente.

El absceso frío, como todos sabemos, está delimitado por una pared invasora, constituida por una capa tuberculígena formada por nuevos tubérculos que propagan la infección a distancia, pudiendo en su evolución invadir tejidos vecinos, comprimir órganos o abrirse al exterior para formar fístulas en las que se injertan infecciones mixtas con predominio de los microgarnismos piógenos. Esta es la terminación menos favorable de la lesión tuberculosa.

La manifestación clínica de esos cambios patológicos se caracteriza por una sintomatología que se instala generalmente de manera insidiosa y lenta, con escasa repercusión sobre el estado general, y que se traduce por una triada sintomática que está siempre presente: dolor, espasmo muscular de defensa y deformidad. El dolor se alivia o desaparece con el reposo y la inmovilización, puede ser local o irradiado y lo exacerba el movimiento y la carga de peso; el

espasmo muscular es siempre una contractura de defensa en busca de la inmovilización de la parte afecta; cuando cesa, durante el sueño por ejemplo, el movimiento involuntario de la parte afecta exacerba de manera crítica el dolor. El espasmo muscular cede con la inmovilización y la tracción continua.

La deformidad obedece a actitudes de defensa, provocadas primitivamente por las contracturas musculares y secundariamente por los procesos destructivos ósteo-articulares, como sucede con la cifosis angular que caracteriza la espondilitis tuberculosa.

Los otros signos clínicos son producto de la evolución del proceso: abscesos osifluentes, fístulas, dislocaciones patológicas, paraplegia, metastasis viscerales, anemia, emaciación, degeneración aniloidea, meningitis tuberculosa.

Este proceso puede requerir un período extraordinario de evolución de esta afección que en nuestros casos no es menor de 5 años y durante todo este tiempo el médico y el enfermo han de mantener constantes esfuerzos para triunfar de la enfermedad.

Si el número de enfermos es afortunadamente cada día menor, no es menos cierto que al multiplicar dicho número por el de días de enfermedad, es decir, días de asistencia médica y de hospitalización, se acrecienta extraordinariamente la magnitud de la labor a realizar y el factor asistencial también se eleva considerablemente, ya que cada caso de tuberculosis ósteo-articular representaría 1825 días de asistencia médica si atendemos al promedio de tiempo que en nuestro criterio requieren estos enfermos para lograr la curación clínica y radiológica de su lesión. Este dato debe tomarse en consideración cuando se decida la creación de unidades sanatorias para la asistencia de los casos de tuberculosis ósteo-articular, que hoy se ven obligados a permanecer confinados en habitaciones desprovistas de condiciones higiénicas, en hacinamiento rayano a la promiscuidad, mal alimentados y abandonando amenudo, por la penuria en que viven la cita al dispensario que siempre les produce gastos extraordinarios. La longitud de la estancia sanatorial obligará a mantener un número de camas suficiente, pues de no ser así, forzaría a altas impropiedades cuando aún la curación no ha sido lograda.

(3) La tuberculosis ósteo-articular es una enfermedad marcadamente invalidante no sólo durante el largo proceso evolutivo que separa al enfermo de toda actividad normal, sino también por las secuelas deformantes que suele producir cuando el tratamiento preventivo de la misma no se realiza, o cuando no se mantiene todo el tiempo necesario, lo que implica una supervisión estrecha y prolongada del enfermo.

La tuberculosis osteoarticular cicatriza preferentemente por fibrosis anquilosante, que debe procurarse se produzca en la posición

más correcta de la parte afecta. La cura de la lesión tuberculosa, obliga a una inmovilización absoluta de la región afectada. En muchas ocasiones para obtener la inmovilización de la parte nos vemos obligados a mantener una inmovilidad total del enfermo. La inmovilización la obtenemos por aparatos enyesados, protésicos, o dispositivos especiales para mantener en decúbito supino o prono al enfermo, con los bastidores de Bradford o Whitman, o los lechos enyesados. En los adultos que contribuyen con su voluntad a la inmovilización, la tracción continua es más fácil de mantener y supervisar que en el niño. Este tratamiento ortopédico local tiene su mejor indicación en la fase aguda y período de estado de la lesión tuberculosa y tiene que ser complementado con el tratamiento general que requiere todo enfermo tuberculoso.

Por lo tanto, al niño tuberculoso ósteo-articular se le somete a una inmovilización que lo aparta e incapacita por un largo período de tiempo, impidiéndole hacer vida normal, dificultando su educación y enseñanza preparatorias para sus iniciativas ulteriores, sobre todo, si como sucede entre nosotros, la gran mayoría de los casos son inmovilizados en el dispensario y trasladado a sus domicilios. La supervisión de los aparatos de inmovilización queda encomendada a los familiares, en su mayoría, incapaces de realizarla apropiadamente y forzados por sus necesidades económicas a abandonar en otras manos esta supervisión, por la imperiosa necesidad del trabajo diario para lograr el sustento.

Cuando la tuberculosis ósteo-articular se presenta en un adolescente o en un adulto, la supresión total de toda actividad y del trabajo lleva aparejada una crisis económica tan absoluta, que los enfermos se ven obligados a refugiarse en las camas de los servicios hospitalarios que más pronto puedan darle albergue y allí permanecen, a veces sin tratamiento alguno de orden ortopédico, produciéndose rápidamente graves e irreversibles deformidades.

Todo esto crea en el enfermo un grave complejo de inferioridad física y moral que gravitará sobre su futuro de manera permanente.

Sólo en un medio sanatorial en que las condiciones climáticas son ideales, en que los beneficios de una helioterapia bien reglamentada son fáciles de obtener y pueden emplearse las medicaciones más aconsejables y realizarse la inmovilización en las mejores condiciones para evitar o disminuir la secuela deformante, se podrá estimular el psiquismo de estos enfermos gravemente deprimidos y melancólicos y lograr por una terapéutica ocupacional apropiada a su haber físico, con la compensación monetaria a que es acreedor, estimular su voluntad y adaptación al largo período de tratamiento que requiere hasta su curación.

Nada produjo en mi espíritu más admiración, cuando visité el

Sanatorio de Rollier en los Alpes Suizos, que la contemplación de cientos de enfermos que laboraban incansablemente en la manufactura de pequeñas piezas de reloj, cestos, juguetes, etc., mientras sus cuerpos desnudos recibían la beneficiosa acción actínica del sol alpino. Algunos curaban, otros mejoraban lo suficiente para poder ser beneficiados por una terapéutica quirúrgica, que el conservadurismo exagerado del colega suizo, les negaba fanatizado por la "cure du soleil" que era para él una milagrosa Panacea, pero todos mantenían un alto espíritu de lucha contra la enfermedad.

Este aspecto médico y social del tratamiento de la tuberculosis ósteo-articular no ha sido tomado nunca en consideración por nuestras autoridades sanitarias y de beneficencia pública. Nada tenemos y con nada contamos para poder aminorar, al menos, el grave perjuicio que ocasiona el tratamiento de este mal al porvenir de los niños afectados y al presente y futuro de los adultos que lo padecen.

(4). La tuberculosis ósteo-articular es una enfermedad costosa en su tratamiento y fuera del alcance y posibilidades de la clase pobre y aún de la clase media de nuestra sociedad, donde es predominante su frecuencia.

No debemos olvidar que el diagnóstico preciso de la tuberculosis ósteo-articular requiere no sólo la apreciación del hecho clínico, sino también la confirmación de la sospecha diagnóstica, y antes de lanzar un diagnóstico afirmativo debemos comprobarlo por todos los medios a nuestro alcance.

Nunca he podido olvidar la expresión de angustia de un compañero médico que me visitó solicitando mi opinión sobre unas radiografías de cadera de un "cliente" a quien le habían diagnosticado una coxitis tuberculosa aquel mismo día, y la radiante alegría que mostró su rostro cuando al considerar como negativo el radiograma, me confesó que la radiografía era de uno de sus hijos. La sospecha diagnóstica lanzada con carácter afirmativo, lo había hecho vivir horas de ansiedad extrema. Por ello los exámenes complementarios son indispensables, comenzando por el radiográfico, siempre a doble plano por lo menos e incluyendo a la región sana al lado de la enferma, con la misma técnica. Es error frecuente el que se comete queriendo interpretar una rarefacción ósea o un estrechamiento del espacio articular sin tener como elemento de comparación la radiografía del lado sano tomada con la misma técnica y en las mismas posiciones que el enfermo. La radiografía no ha de ser solamente medio auxiliar de diagnóstico, sino que ha de ser el documento elocuente que ha de mostrarros la evolución de la lesión tuberculosa y la que ha de servir de base a nuestro veredicto final antes de afirmar la curación. Todo enfermo de tuberculosis ósteo-articular mantiene un archivo de

numerosas radiografías tomadas en distintas etapas de su largo tratamiento. Intentar prescindir de ellas o restar la frecuencia de estos exámenes sería un grave error del médico de gran perjuicio para el enfermo.

Tanto para dilucidar el diagnóstico como para reafirmarlo, habremos de recurrir a investigaciones complementarias muy diversas y no menos costosas como las exploraciones radiográficas.

Los exámenes rutinarios de laboratorio han de ser repetidos a todo lo largo del proceso. El hemograma es de gran utilidad clínica, como lo es la eritrosodimentación, que aunque sin especificidad diagnóstica constituye un índice práctico en la valoración del pronóstico.

Las reacciones a la tuberculina, sobre todo la intradermo reacción de Mantoux, de valor diagnóstico por su positividad en los primeros meses de la vida, sigue siéndolo cuando es negativa según avanza en edad el enfermo.

Las pruebas de positividad bacteriológica por las punciones óseas y articulares, por punciones de abscesos o por biopsia de la lesión misma y de los ganglios aferentes de cada articulación, bien recurriendo a la inoculación al cobaya o al conejo cuando se sospeche la infección por bacilo bovino o bien por el cultivo en medios apropiados para aislar el bacilo de Koch, debe intentarse siempre que sea posible. Al mismo tiempo y como fundamento para diagnóstico diferencial deben eliminarse otras infecciones, como la Sífilis, Brucelosis, tifoidea, por las sero reacciones y exámenes conducentes a este fin.

El diagnóstico diferencial es a veces difícil. Basta señalar que solamente con la coxitis tuberculosa, menciona Albee 22 afecciones a eliminar: irritación local, (vaginitis etc.); adenitis aguda; contusión local; poliomiелitis; artritis y epifisitis aguda; reumatismo; mal de Pott lumbar; gonitis; coxa vara, histeria; periartrosis; perinefritis y apendicitis; epifisitis del crecimiento; escorbuto; artritis deformante de la cadera; poliartritis atrófica; artritis sacroiliaca; bursitis periarticular, fractura del cuello femoral y coxa vara traumática; fractura epifisaria y dislocación congénita de la cadera.

Si el diagnóstico puede necesitar, para vencer sus dificultades, todas las múltiples investigaciones enumeradas ¿qué podremos decir del tratamiento?

Ya lo hemos señalado repetidas veces. La tuberculosis ósteo-articular no es una enfermedad local. El enfermo es un tuberculoso y por tanto su tratamiento general no puede olvidarse, como tampoco debe postergarse el tratamiento local.

Toda tuberculosis ósteo-articular en su fase activa debe ser subsidiaria de un tratamiento conservador. Por fortuna se han olvidado los tratamientos quirúrgicos de las grandes excéresis y resecciones

de las articulaciones tuberculosas hechas por los que pensaban "que al extirpar del organismo un foco patológico importante y grandes cantidades de virus, se ayudaba al mismo a vencer la infección general".

Todos los autores están de acuerdo hoy en que la tuberculosis ósteo-articular requiere un tratamiento general y un tratamiento conservador local de inmovilización y descarga, hasta llegar al momento óptimo, período de regresión, en que debe considerarse la indicación de un acto quirúrgico, consistente en la casi totalidad de los casos en una operación artrodesica, bien extra articular, bien intra articular o bien mixta, intra y para articular.

Para lo primero hay que contar con alimentación apropiada, rica en proteína y grasas, pobre en hidrocarbonados; aire, sol, bien en clima marino, en las planicies o en las alturas, preferentemente en instituciones sanatoriales, especialmente dedicadas a este objeto que hemos visto multiplicarse y crecer en Europa y en América. Sólo Cuba, isla rodeada de mar, con millas incontables de litoral marítimo con bellísimas playas, carece aún de lo más rudimentario para la cura sanatorial de la Tuberculosis ósteoarticular. Los que hemos visitado a Laussane, en Suiza, Cortinas de Ampeggio, en Italia, Berk Sur Mer, en Francia, Alton, en Inglaterra y tantos otros sanatorios para tuberculosis ósea y articular, nos damos cuenta de lo que podría ayudar a nuestros enfermos un sanatorio marítimo o al menos un Servicio de 50 a 100 camas, en el Preventorio Martí, o en el último piso del Hospital "Angel Arturo Aballí", en las colinas de Arroyo Naranjo.

La medicación complementaria a la climatoterapia, tenemos que emplearla, aunque sin optimismo. Calcio, iodo, vitamina, tuberculina, rubrofen, gadusan y últimamente la penicilina y la estreptomina en los casos fistulizados, esta última difícil de adquirir y a precios tan altos que sólo la hemos podido usar en limitado número de casos cuando la caridad de almas bondadosas y humanitarias ha podido brindárnoslas.

Y para el tratamiento local, los aparatos enyesados, los bastidores para reclinación, las prótesis, todo ello implicando desembolsos y nuevas erogaciones cada vez que se requiere un cambio de aparato o un nuevo lecho de reclinación.

Por ello es indispensable obtener, como se hace en todos los países que luchan contra esta enfermedad, la atención estatal a través del organismo competente que es el Consejo Nacional de Tuberculosis. Se debía implantar, como se hizo en Alemania, la declaración obligatoria de la enfermedad invalidante, para conocer la cantidad numérica de la morbilidad de estas afecciones que tanta necesidad tienen de ser atendidas bajo el punto de vista médico como social.

Hay que organizar la lucha contra la tuberculosis del esqueleto, como la ha planteado recientemente en España el Dr. Sanchis Olmo. Allí cuentan, en Abril de 1946, con cuatro sanatorios, con un total de 860 camas, uno en la Coruña con 110; otro en Santander con 300; otro en Málaga con 180 y otro en Valencia con 270. Propugna Sanchis Olmo, la creación de dos sanatorios centrales, ya que los antes citados están situados excéntricamente, lo que dificulta y hace costoso el traslado de los enfermos de las provincias centrales a los mismos. Aconseja obtener un total de 2,000 camas para hospitalización de osteoarticulares, sin contar mil camas que ya existen en Sanatorios no estatales. Además propugna la creación de unidades dispensariales distribuidas por toda la nación, unidas armónicamente a los dispensarios antituberculosos.

Aquí nos conformaríamos con mucho menos. Lo cierto es que el enfermo pobre y de clase media atacado de este mal, tiene ante sí un pavoroso problema económico y asistencial, y su único auxilio consiste en buscar por todos los medios una cama de hospital, donde la encuentre, y luchar más tarde por aferrarse a ella, porque si es dado de alta sin estar curado, estará incapacitado para continuar su tratamiento, obtener su curación y menos aún valerse a sí mismo para ganarse la vida.

(5) La tuberculosis ósteoarticular requiere tratamiento quirúrgico.

Cómo lograrlo? Para ello sólo contamos con un número reducidísimo de camas en los Hospitales generales y en aquellos que tienen servicios de ortopedia, a donde son referidos estos enfermos, solamente un 10% llegan a lograr ingreso, cuando las estadísticas demuestran que un 80% de los casos de tuberculosis ósteoarticular deben ser tratados quirúrgicamente. La mayor parte de estos enfermos llegan tardíamente, con deformidades establecidas e irreversibles, muchos con graves complicaciones; fístulas supurantes; paraplegia; metástasis viscerales; tuberculosis renal; degeneración amiloidea.

El cirujano desea mejorar estas deformidades y estas complicaciones antes de actuar y pasan semanas, meses y años en esta preparación. Por fin, se lleva a cabo la intervención y pasado el período post-operatorio inmediato, no menor de tres meses, queremos movilizar a aquel enfermo que nos ha ocupado una cama por tanto tiempo, cama quirúrgica donde el paciente no debe detenerse ni un solo día más de lo necesario porque hay muchos otros esperando ingreso para ser tratados a su vez. Se nos acerca pidiéndonos un poco más de tiempo hasta ver cómo se arregla para volver a enfrentarse con la vida, o si se trata de un niño, son los padres los que se preocupan de la responsabilidad que se les encima. Porque una operación anquilosamente no implica, aunque se haya realizado con todo éxito

que el foco tuberculoso está cicatrizado, sino que requiere meses o años de supervisión cuidadosa del enfermo antes de que pueda pronunciarse como curado.

Como solucionar este grave problema del tiempo de hospitalización, del alta post-operatoria, sin la posibilidad de un reflujo de estos enfermos a una institución sanatorial de más capacidad y mucho menor costo de sostenimiento, que el alto costo per cápita que confronta el hospital quirúrgico.

(6). Para colocarnos en las condiciones ínfimas de lucha contra la tuberculosis ósteoarticular, nos es indispensable, por lo tanto, contar con unidades sanatoriales donde pueda realizarse el tratamiento preoperatorio de los enfermos que no puedan ni deban ser tratados como ambulatorios en las unidades dispensariales, y que una vez llegado el momento óptimo quirúrgico puedan ser ingresados en los Servicios de Cirugía Ortopédica, para que puedan rápidamente ser sometidos a la operación anquilosamente indicada, y pasado el post operatorio inmediato, se logre obtener sin demora el reflujo de cada enfermo que así lo requiera a la unidad sanatorial, donde debidamente supervisado continuará el tratamiento general que requiere su mal, la tuberculosis, hasta la completa curación de su afección. Sin estas posibilidades mínimas, la lucha, por muy esforzada y voluntaria que sea, resultará casi estéril, perdiéndose en muchos casos el resultado obtenible por falta de continuidad y de la debida supervisión del tratamiento como va a ser demostrado en el próximo trabajo. El Consejo Nacional de Tuberculosis y su activo y esforzado Director Dr. Selva León han de ser los llamados a completar la realización del Servicio de Tuberculosis ósteo-articular.

Primero: Por la adscripción de cirujanos ortopédicos a los Dispensarios del Consejo para lograr el diagnóstico precoz de estos enfermos y decidir si el tratamiento a seguir debe ser ambulatorio o sanatorial.

Segundo: Creando unidades sanatoriales, bien en forma de Sanatorio marítimo a costo bajo de sostenimiento, o bien, utilizando provisionalmente las instituciones conque cuenta actualmente: Hospital "Ángel Arturo Aballí" o Preventorio Martí, donde preparar estos enfermos para su tratamiento quirúrgico y para la supervisión post operatoria durante la convalecencia.

Tercero: Procurando la ampliación de la capacidad de los servicios quirúrgicos en los Hospitales que cuentan con Departamentos de Cirugía Ortopédica, en conexión con las unidades Sanatoriales y dispensariales para una mejor organización técnica de la lucha, control y tratamiento de la Tuberculosis ósteo-articular.

MEDICO-SOCIAL ASPECT OF OSTEOARTICULAR TUBERCULOSIS.

By Prof. ALBERTO INCLAN.

S U M M A R Y

After a detailed study of the medico-social features of bone and joint tuberculosis, the author arrives at the following conclusions: In order to be able to fight against osteo-articular tuberculosis efficiently, we must have at our disposal sanitarium units, where the preoperative treatment of the patients is carried out who can not and should not, be treated ambulatory, in the available units; so that they might be admitted to some Service of Orthopedic Surgery, at the most propitious time for operation, and be submitted, at once, to the proper ankylosing operation. After the required minimum of time such patients must remain in the hospital after operation, those needing a longer after-care, should be transferred to their corresponding sanitarium unit, in which, under strict supervision, the general treatment, indicated by their condition, should be continued till the complete cure of their tuberculous affection.

This represents the minimum of requirements for combating osteo-articular tuberculosis; and if they are not fully met, the hardest and most self-effacing struggle will prove impotent, because, in many cases, the operative and therapeutic gain will be lost, owing to lack of continuity and due supervision. The National Council of Tuberculosis, in its active and hard working Director, Dr. Selva León, will be called upon to complete the realization of the Osteoarticular Service of Tuberculosis.

First, by assigning orthopedic surgeons to the Dispensaries of the Council, in order to obtain an early diagnosis of these patients, and for deciding if their treatment should be ambulatory, or carried out in a sanitarium.

Second, By creating large sanitarium units, either in the form of Seashore Sanitaria with low cost of up-keep, or, provisionally, using the actually available institutions (Infantile Hospital Angel Arturo Aballí or Preventorio Martí), where such patients would be prepared for the required surgical treatment, and kept under post-operative supervision during convalescence.

Third, By increasing the capacity of the surgical services in the hospitals disposing of Departments of Orthopedic Surgery, in connection with the corresponding sanitarium and dispensaries, for the purpose of a better technical organisation of the fight against Osteoarticular Tuberculosis, and its control and treatment.

"Tuberculosis Osteo-Articular"

ESTUDIO DE SU MORBILIDAD:

DATOS ESTADISTICOS.

Por el Dr. ENRIQUE AYMERICH.

Al hacer los estudios estadísticos de la morbilidad de la Tuberculosis osteoarticular, nos hemos valido de tres fuentes principales: 1o. El archivo de la consulta privada del Profesor Alberto Inclán, que representa en estos estudios la morbilidad de esta afección, en las clases más o menos pudientes de Cuba. 2o. Los datos cedidos gentilmente por el doctor Pedro Sánchez Toledo, Jefe del Servicio Osteo-articular del Hospital Municipal de Infancia y finalmente los obtenidos de la consulta de adultos del Hospital Mercedes, sede a la vez de la Cátedra de Ortopedia y del Servicio de Tuberculosis Osteo-articular, perteneciente al Consejo Nacional de Tuberculosis. No hemos podido hacer uso de los casos de la consulta de niños de este hospital, por carecer de una clasificación adecuada que nos facilitara la revisión de los casos inscriptos en el Servicio de Ortopedia y que hubiera sido una aportación fecunda, por los múltiples casos con que cuenta.

Hemos revisado 167 casos de tuberculosis ósea, pertenecientes a los últimos cinco años y que muestra una alta incidencia de esta afección, en lo que se refiere a las estadísticas individuales del Hospital Mercedes, pero no debemos olvidar que en esta coinciden los casos de la Cátedra y los del Servicio Osteo-articular del Consejo Nacional de Tuberculosis.

AL SEXO masculino correspondieron 97 casos (57.08%) y al femenino 70 (42.92%). En cuanto a la RAZA, la más afectada fué la blanca con 94 casos (56.3%), negra 37 (22.1½).

De estos 167 casos, 65 (38.8%) refieren contacto familiar tuberculoso, entre los cuales tenemos que añadir los amigos y vecinos ya que todos conocemos la promiscuidad en la vivienda de las clases pobres de nuestro país. En varios casos, diversos miembros de la misma familia, estaban afectos de tuberculosis pleuro-pulmonar. Es a la madre a quien corresponde el mayor índice de contagio con 20 casos (12%), continuando después el padre con 15 (2.9½), abuelos 10 (5.9%), hermanos 8 (4.7%), amigos y vecinos 7 (4.1½) y tíos 5

(3½), con los cuales mantuvieron contacto temporal o permanente. Presentaban síntomas de tuberculosis pleuro-pulmonar 36 casos (21.5%) y 3 (1.8%) hicieron manifestaciones pleuro-pulmonares después de la aparición de la lesión ósea. Un hecho clínico que hemos observado, es la mejoría de la lesión pulmonar, después de la aparición de la lesión ósea. En 31 casos (18.58½), el comienzo de la sintomatología correspondió a algún antecedente traumático, después del cual se desarrolló el proceso.

La reacción de MANTOUX fué siempre positiva, después del primer año de edad. Solamente encontramos dicha reacción negativa en 3 casos, antes del primer año y cuando fué realizada tempranamente, inmediatamente después del comienzo de la enfermedad.

De los 167 casos, 88 (52.6%), corresponden a los cinco primeros años de la vida, siendo los 2 años el de mayor incidencia con 24 casos que representan el 14.3½. A partir de esa edad, el número de casos comienza a decrecer ampliamente, para contar solamente con 5 casos a los 8 años de edad correspondiendo al 3 por ciento.

Antes del año	17 casos	10. %
1 al 2	„19	„11.3%
2 „ 3	„24	„14.2%
3 „ 4	„10	„ 6. ½
4 „ 5	„18	„10. 3
5 „ 6	„12	„ 7.2%
6 „ 7	„ 9	„ 5.4½
7 „ 8	„ 8	„ 5.4%
9 „ 10	„ 6	„ 3. %

Entre los 10 y 20 años existieron 22 casos de tuberculosis ósea con 13.17%; de los 20 a los 30, 5 casos con 3½; de los 30 a los 40, 7 casos con 4.2% y de los 40 en adelante 4 casos con 2.3%.

Como dato curioso señalaremos, de que sólo 56 casos (33.5%) de los 167, concurrieron al servicio, antes del año del inicio de la enfermedad

Primer año	56 casos	33.5%
2o. „	23	„13.7%
3er. „	17	„10.1%
4o. „	16	„ 9.5%

Los 55 casos restantes fueron vistos después del 5o. año de evolución o más tardíamente. Estas cifras son bien demostrativas de como a pesar del esfuerzo realizado por el Consejo Nacional de Tuberculosis, la labor por realizar es inmensa y la lucha debe proseguir hasta alcanzar la perfección en la profilaxis, Servicio Social y tratamiento de esta terrible dolencia. Otro hecho que debemos seña-

lar y que es de gran significación médico-social, es, que de los 59 casos que vinieron del interior para ser tratados por nosotros, 31 no hicieron o abandonaron el tratamiento correspondiendo esta cifra al 52.5% del total de los casos del interior y al 18.5% de los 167 casos de que consta esta estadística. Los 108 restantes correspondieron a la Habana e incluimos en ésta a los términos de Marianao, Regla, Guanabacoa y a los casos enviados por el Consejo, en los cuales la supervisión es más constante, 35 no hicieron tratamiento o lo abandonaron, correspondiendo a un 32.4% del total de casos de la Habana y 20.9% de los 167.

Estos 66 casos que no hicieron tratamiento son el 39.5% del total de 167 casos de que consta esta estadística. Existen dos factores determinantes de esta situación: 1o. Las clases pobres no pueden mantener un tratamiento general apropiado en su casa, altamente costoso o venir del interior y no poder ingresar al paciente en un hospital o sanatorio para ser debidamente supervisado por el médico ortopédico, lo mismo que hacer viajes periódicos para ser examinados. 2o. Ausencia casi completa de lugar apropiado para el ingreso del paciente.

Dos casos de Mal de Pott en tratamiento presentan agudización de la sintomatología después de la vacuna anti-tífica, haciendo el primero una paraplegia espástica que desaparece lentamente y cura y el segundo aumento de la sintomatología local a nivel de la lesión.

Tres casos hacen manifestaciones tuberculosas ósteoarticulares después del sarampión, no habiendo tenido sintomatología antes de la enfermedad eruptiva. Un cuarto caso desarrolla una tuberculosis pícuo-pulmonar e inmediatamente después hace una localización ósea. En dos casos comienza la sintomatología después del coqueche.

De los 167 casos, 65 (32.9%) correspondieron al Mal de Pott, siendo la localización más frecuente la dorsal con 39 casos. lumbares 22 y cervicales 4. La vértebra más afectada fué la novena dorsal con un total de 11, estando la 11 dorsal y la 4a. lumbar en segundo lugar con 9.

C—1	1
2	2
3	1
4	0
5	0
6	0
7	0
D—1	5
2	3
3	3
4	3

5	6
6	6
7	8
8	8
9	11
10	8
11	9
12	6
L—1	8
2	8
3	6
4	9
5	3
S—1	3

COXALGIA 52 casos (31.1%), 24 correspondientes a la cadera derecha y 28 a la izquierda.

GONITIS 28 casos (16.7%), 13 de la rodilla derecha y 15 de la izquierda.

TOBILLO 6 (3.5%), derecho 2 e izquierdo 4.

HOMBRO 5 (3%), derecho 2 e izquierdo 3.

CODO 5 (3%), derecho 2 e izquierdo 3.

COSTILLAS 2 casos (1.2%).

CUBOIDES 2 casos (1.2%).

TENOSINOVITIS 2 casos (1.2%).

Cuatro casos de Coxalgia hicieron localización bilateral y otro de Gonitis también. Un caso de Gonitis derecha hace después una localización en el tobillo izquierdo. Dos casos, uno de tobillo y otro de Coxalgia, hacen posteriormente una localización en la columna, ambas en región lumbar.

Vemos pues, que en los 167 casos de los últimos 5 años, la localización de tuberculosis ósteo-articular es la siguiente:

MAL DE POTT	65 casos
COXALGIA	52 „
GONITIS	28 „
TOBILLO	6 „
HOMBRO	5 „
CODO	5 „
COSTILLAS	2 „
CUBOIDES	2 „
TENOSINOVITIS	2 „

Estos datos son diferentes en las estadísticas totales del hospital Mercedes, desde la organización de los archivos, en el año 1929

hasta la fecha, en que 122 casos fueron COXALGIAS y 108 del MAL DE POTT.

En las estadísticas del Hospital Municipal de Infancia, el orden es el siguiente:

MAL DE POTT	165	casos
COXALGIA	128	„
GONITIS	47	„
HOMBRO	14	„
TOBILLO	13	„
CODO	13	„
MUÑECA	6	

En las estadísticas de la consulta privada del Profesor Alberto Inclán, corresponde también al MAL DE POTT el mayor número de casos.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la tuberculosis ósteo-articular consta de tres aspectos principales:

1o.—El GENERAL, consiste en un tratamiento hipercalórico, hipervitamínico y medicamentoso. Probablemente ninguno de estos tres factores importantísimos, son llevados debidamente por el alto costo de los mismos. El reposo absoluto preferiblemente en un medio marino, es indispensable. Siempre hemos empleado la vía oral para la administración del Calcio, ya en forma de leche y de medicinas, para evitar que esos pacientes se valgan de personas no competentes, como sucedería si lo hiciéramos por vía parenteral, evitando la formación de abscesos, tan frecuentes. Tenemos noticias de que uno de nuestros casos murió de Tétanos, debido a una inyección de Calcio, que no habíamos indicado. Siempre formulamos la Vitamina D para facilitar la fijación del Calcio. Lo mismo hacemos con la helioterapia. Las transfusiones y el extracto hepático de acuerdo con el cuadro sanguíneo.

2o.—Hemos tratado 52 casos con el método conservador consistente principalmente en reposo absoluto de la articulación afectada.

Hamaca de Whitman	24
Inmovilización con yeso	53
Espicas	35
Botas y calzas	10
Jackets	8
Prótesis metálicas	2
Tracción continua	13
Movilización bajo anestesia	17

De los 52 casos, 26 se encuentran aún en evolución y los otros 26 lucen cicatrizados:

Cadera	11
Pott	8
Rodilla	5
Cuboides	1
Codo	1

No quiere esto decir que hayamos logrado la cicatrización de la lesión en el término de 5 años, de todos estos casos, pues muchos de ellos venían arrastrando su enfermedad durante largo tiempo, antes de haber sido tratados por nosotros y otros presentaban la cicatrización de sus lesiones o el inicio de la misma.

3o.—TRATAMIENTO QUIRURGICO ha consistido en diversas técnicas empleadas, las cuales explicará en su oportunidad el Dr. Alberto Inclán Jr.

Fusión de columna	21 casos
Osteotomía subtrocantérea	8 „
Fusión de cadera	10 „
Resección de la rodilla	4 „
Fusión de tobillo	1 „
Fusión de hombro	3 „
Sinovectomía del codo	1 „
Resección de costilla	1 „

Dos casos de resección de la rodilla fueron inmovilizados con férulas de Haynes.

De estos casos, 27 se encuentran en evolución y 21 lucen con la lesión cicatrizada.

Mal de Pott	13
Cadera	4
Rodilla	2
Hombro	2

EXPLICACION DE LAS GRAFICAS

La primera gráfica corresponde a la Consulta Privada del Prof. Alberto Inclán. En ella vemos que al comienzo, en los años comprendidos entre 1916 a 1920, fueron vistos 345 casos, de los cuales 58 eran de tuberculosis ósea, elevando el tanto por ciento a 16.8. Después desciende abruptamente en 1921 para ascender otra vez en 1922 en que fueron examinados 204 pacientes siendo 29 tuberculosos con 14.21%. A partir de ese año, comienza a decrecer escalonadamente hasta el año 1946, en que sólo 2 casos de los 720 inscriptos son tuberculosos con 0.2%. Al fijarnos detenidamente en la gráfica anterior, constatamos la gran disminución de la tuberculosis ósteo-articular en las clases más desahogadas, llegando casi a desaparecer. El Profesor Alberto Inclán presenta en sus archivos 9970 historias clínicas, de las cuales correspondieron a tuberculosis ósea 280, con un tanto por ciento final de 2.8.

La siguiente gráfica corresponde al Servicio de Ortopedia del Hospital Municipal de Infancia, que comienza en el año 1935 con 56 casos de tuberculosis ósea de los 1,330 casos de Ortopedia con 4.21%. Desde ese año comienza a descender la gráfica, para hacerse el tanto por ciento inferior a la unidad en 1943 y terminar en 1946 con 20 casos de T. B. de 2,994 con 0.65% y hacer un promedio final de 1.45% con 386 casos de tuberculosis ósea de los 26,566 examinados. Vemos claramente, que es a partir de 1943 en que desciende en esta estadística, el tanto por ciento por debajo de la unidad, coincidiendo con un aumento del número de casos y del tanto por ciento en la del Hospital Mercedes.

En las gráficas de este hospital, vemos que después del año 1930, en que hubieron 32 casos de Tuberculosis Osteo-articular de los 543 vistos en la Consulta de Adultos, con un tanto por ciento de 5.9. La misma gráfica desciende con ligeras alternativas, hasta el año 1942, en que se hace cargo del Servicio Osteo-Articular, el doctor Alberto Inclán Werner, dedicándole sus mejores esfuerzos y coincidiendo con una centralización mayor de los casos de tuberculosis ósea, lo que hace que aumente el número de casos y el tanto por ciento en dicho servicio, a la vez que desciende en el Hospital Municipal de Infancia, ascendiendo la gráfica hasta alcanzar la cifra de 3.4% en el año 1946. El total de los casos examinados en dicho hospital es de 11,175 con 280 casos de Tuberculosis Osea y un tanto por ciento de 2.5.

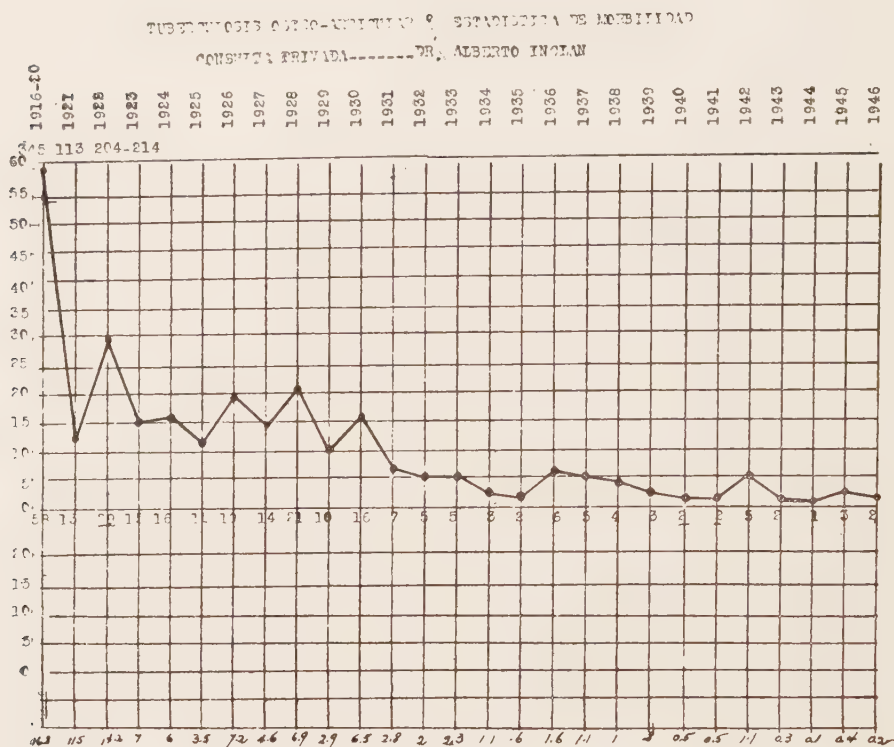
De todo esto sacamos en conclusión que la tuberculosis ósteo-articular ha disminuído en Cuba en los últimos años, probablemente debido a una mayor labor de profilaxis y al tratamiento adecuado, el cual debe instituirse lo antes posible para así disminuir las posibi-

lidades de las complicaciones como son los abscesos, fistulas, luxaciones patológicas, paraplejias, haciendo que retarde la curación y haciendo a la vez que el promedio de duración se mantenga algo mayor de cinco años sin disminuir. Esta cifra es muy variable y así como tenemos casos en los cuales la curación o mejor dicho, la aparente cicatrización de las lesiones óseas ha ocurrido antes de este tiempo, es también evidente que muchos de ellos hacen una reactivación tardía. Un caso operado por el Profesor Alberto Inclán hace varios años de fusión de columna y cicatrización de su lesión, regresa 17 años más tarde con una reactivación de su antiguo Mal de Pott.

E S T A D I S T I C A

CONSULTA PRIVADA DR. ALBERTO INCLAN

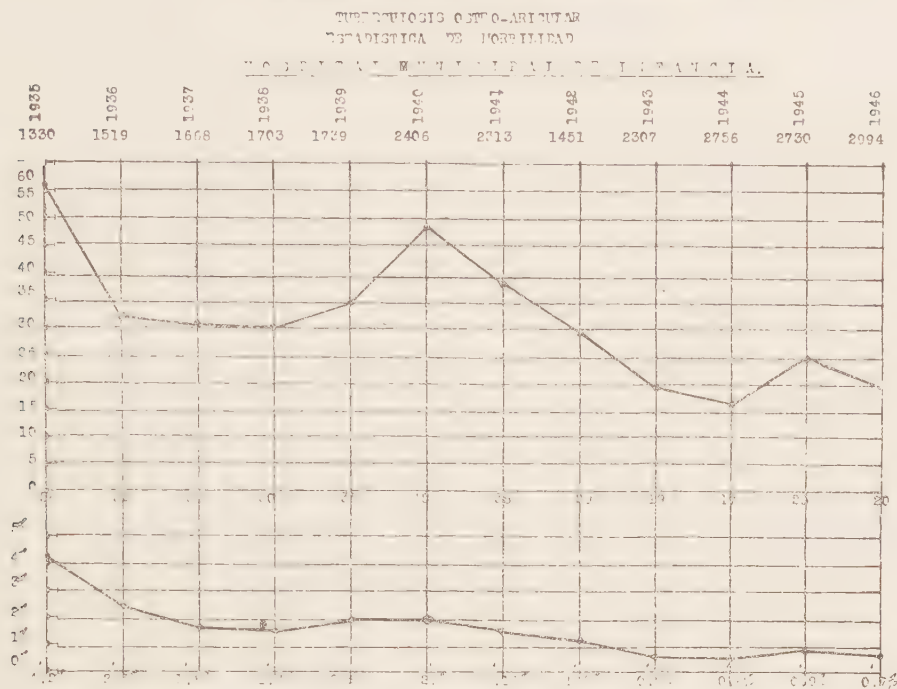
<i>Año</i>	<i>Total Casos</i>	<i>Total T.B.</i>	<i>%</i>
1916-20	345	58	16.8
1921	113	13	11.5
1922	204	29	14.2
1923	214	15	7.0
1924	266	16	6.0
1925	344	12	3.0
1926	263	19	7.2
1927	304	14	4.6
1928	303	21	6.9
1929	348	10	2.9
1930	245	16	6.5
1931	251	7	2.8
1932	250	5	2.0
1933	212	5	2.3
1934	283	3	1.1
1935	335	2	0.6
1936	376	6	1.6
1937	470	5	1.1
1938	409	4	0.9
1939	357	3	0.8
1940	376	2	0.5
1941	381	2	0.5
1942	436	5	1.1
1943	590	2	0.3
1944	672	1	0.1
1945	723	3	0.4
1946	720	2	0.2



HOSPITAL MUNICIPAL DE INFANCIA

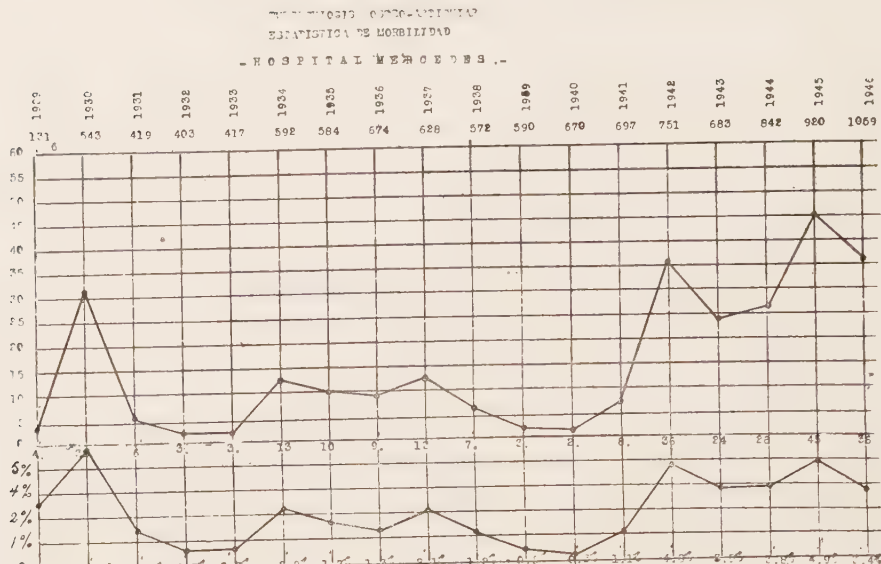
SERVICIO DE ORTOPEDIA

Año	Total Casos	Total T.B.	%
1935	1330	56	4.2
1936	1519	38	2.5
1937	1668	31	1.8
1938	1703	30	1.8
1939	1789	35	1.9
1940	2406	48	1.9
1941	2313	38	1.6
1942	2451	29	1.2
1943	2807	19	0.7
1944	2756	17	0.6
1945	2730	25	0.9
1946	2994	20	0.6
	26566	386	1.45



HOSPITAL MERCEDES
SERVICIO DE ORTOPEdia

Año	Total Casos	Total T.B.	%
1929	131	4	3.1
1930	543	32	5.9
1931	419	6	1.4
1932	403	3	0.7
1933	417	3	0.7
1934	592	13	2.2
1935	584	10	1.7
1936	674	9	1.3
1937	628	13	2.1
1938	572	7	1.2
1939	590	3	0.5
1940	670	2	0.3
1941	697	8	1.1
1942	751	36	4.8
1943	683	24	3.5
1944	842	26	3.8
1945	920	45	4.9
1946	1059	36	3.4
	11175	280	2.5



BONE AND JOINT TUBERCULOSIS

(A study of its morbidity; statistical data).

By Dr. ENRIQUE AYMERICH.

The statistical research, carried out by the author, together with data obtained from the files of the private office of Professor Alberto Inclán, together with those kindly furnished to him by Dr. Pedro Sánchez Toledo, chief of the Osteoarticular Service of the Municipal Hospital for Children, as well as from the Outpatient Department of the Mercedes Hospital lead the author to the following *conclusions*:

The incidence of Osteoarticular tuberculosis has decreased, in Cuba, in the last years, probably owing to a more adequate prophylaxis and proper treatment which should be instituted as early as possible, in order to diminish the occurrence of complications, such as abscesses, fistulae, pathological dislocations, paraplegia etc., liable to delay its cure. These figures are rather variable; and, while there are cases, in which the cure, or rather the apparent cicatrization of the bone lesions, was brought about early, it is also evident that a great number of them are subject to late reactivation. Thus a case, operated upon by Profesor Alberto Inclán who through a spine fusion obtained the cicatrization of the lesion, returned, after the lapse of seventeen years, for a recrudescence of his former Pott's disease.

Tratamiento Quirúrgico de la Tuberculosis Osteo-Articular

Dr. ALBERTO INCLAN Jr.

El tratamiento quirúrgico de los procesos tuberculosos ósteo-articulares, va encaminado ya a acelerar la cicatrización de la lesión bacilar, o bien a tratar las complicaciones que se presentan en el curso de la enfermedad. Podemos considerar en el tratamiento quirúrgico las excéresis de huesos, las de vainas tendinosas, las resecciones articulares, las amputaciones, las artrodesis u operaciones anquilosantes, y finalmente el tratamiento de las complicaciones, tales como abscesos y paraplegia.

Teóricamente es factible la excéresis total de un foco bacilar óseo de un hueso largo antes de que el proceso invada la articulación; sin embargo, en la práctica rara vez tiene éxito este tipo de intervención, ya que a menudo activa o produce diseminación del proceso. Sin embargo, este tipo de operación es una medida curativa cuando puede hacerse la excéresis total del hueso afectado, como ocurre en el carpo y en el tarso. En adultos, si se encuentran afectados varios de los huesos del pie, es a menudo preferible la amputación, ya que una excéresis extensa dejaría un pie deformado e inútil.

En una época gozaron de gran popularidad las resecciones articulares como método de tratamiento de la tuberculosis ósteoarticular. Hoy en día han sido abandonadas, con raras excepciones, como son la tuberculosis del codo en el adulto, posiblemente ciertos casos de tuberculosis de la muñeca y muy excepcionalmente en la coxalgia. En esta última está indicada únicamente en adultos que presentan gran destrucción de la cabeza y cuello femoral y del coxal, infecciones secundarias, sepsis y en los cuales todas las medidas curativas han fracasado.

La excéresis de toda la sinovial afectada por el proceso tuberculoso sigue siendo el procedimiento indicado en los casos de tenosinovitis tuberculosa. Debido a la frecuencia con que estas lesiones recidivan, hemos estado asociando el tratamiento quirúrgico a un tratamiento médico a base de estreptomycin, sin poder llegar aún a ninguna conclusión en cuanto a la eficacia de esta terapéutica, ya que de los tres enfermos tratados, el más antiguo tiene sólo tres meses y medio de evolución.

La amputación está indicada en la tuberculosis ósteo-articular cuando el proceso es tan extenso que la cura permanente aparece imposible de lograr. Tales casos son en extremo raros, especialmente hoy, cuando los nuevos antibióticos nos permiten yugular las graves infecciones secundarias que hace muy pocos años constituían una indicación precisa y clara de la operación mutilante.

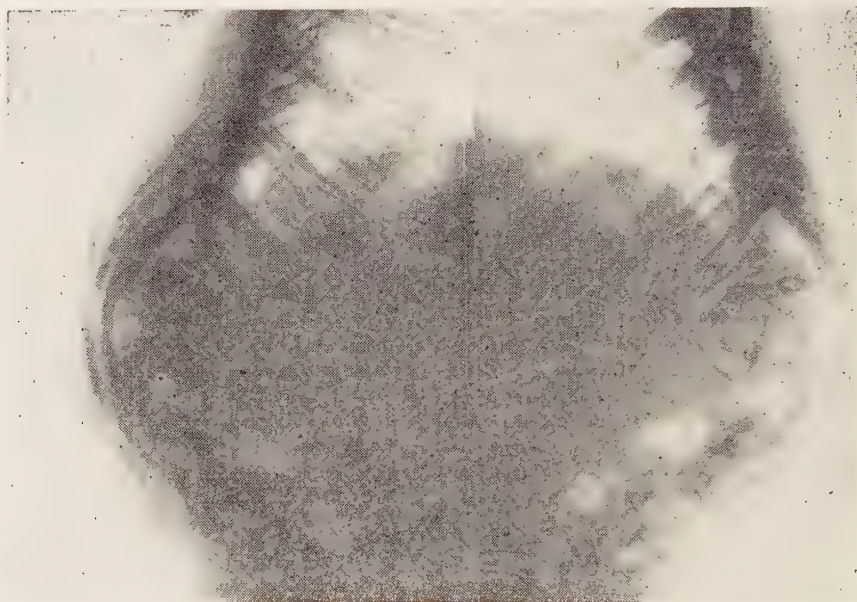


FIG. 1.—Arthrodesis de la Columna, Técnica de Brittain. Radiografías postoperatoria y tardía.

La artrodesis constituye el arma más eficaz de que disponemos hasta el momento para el tratamiento de la tuberculosis ósteoarticular. Aunque en sí no es curativa, ya que no elimina el proceso tuberculoso, logra la inmovilización absoluta de la articulación afectada, colocándola en óptimas condiciones para que el organismo llegue a vencer el proceso patológico. Su efecto es análogo al de la toracoplastia en la tuberculosis pulmonar. Los procedimientos ortopédicos conservadores, tales como las tracciones e inmovilizaciones en aparatos enyesados o de otro tipo, tienen el mismo fin, pero la experiencia clínica demuestra que la yugulación del proceso tuberculoso es más completa y duradera cuando se logra la anquilosis ósea, ya que ésta ofrece un grado de inmovilización articular nunca alcanzado por ningún tipo de dispositivo mecánico. Sin embargo, para obtener resultados satisfactorios por este tipo de tratamiento, es preciso observar rígidamente medidas de orden general, tales como la helioterapia, dieta adecuada y otras que tienden a elevar y aumentar las

defensas naturales del organismo; la fusión presta una ayuda primordial en el tratamiento de estos enfermos, pero por sí sola no puede considerarse de carácter curativo.

Las artrodesis pueden ser intra-articulares, extra-articulares, o mixtas. Las extra-articulares, cuando son factibles de realizarse, son las recomendadas en las articulaciones tuberculosas, ya que no es necesario traspasar la barrera formada por la cápsula articular, evitando la reactivación o la diseminación de la infección tuberculosa.

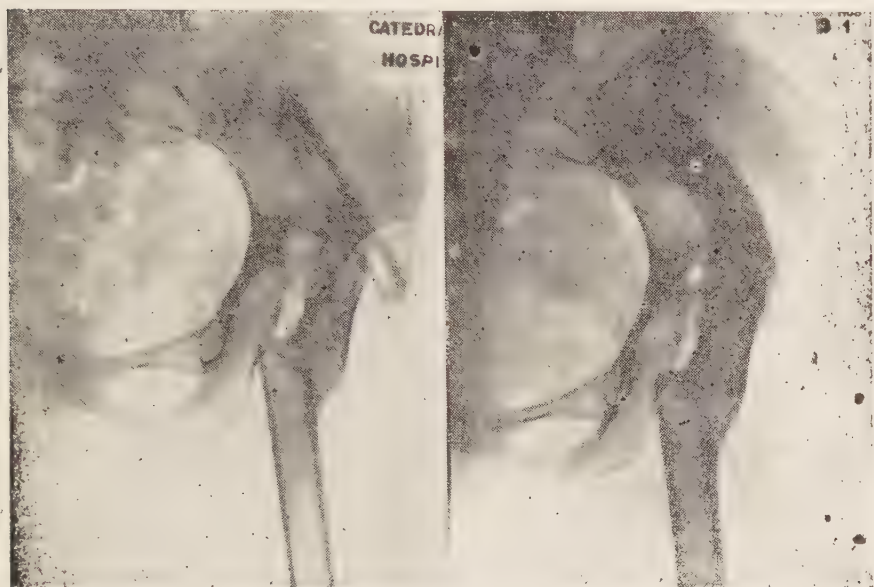


FIG. 2.—Artrodesis de la Cadera en Coxalgia. Técnica original de Albee. Radiografías postoperatoria y tardía.

La indicación quirúrgica de fusión varía según la edad del enfermo, la localización de la lesión y la etapa evolutiva en la cual se encuentra el proceso patológico. En general puede decirse que debe de recomendarse la anquilosis ósea en todos los enfermos de más de siete años de edad, si no hay complicaciones presentes. Esta edad puede variar más o menos según el desarrollo esquelético del enfermo, pero no debe de ser mucho menor, pues la preponderancia de tejido cartilaginoso en las articulaciones de los enfermos más jóvenes hace fracasar frecuentemente la fusión, a la par que dificulta la determinación radiográfica de la extensión que ocupa el proceso patológico. Además, existe el peligro real de lesionar las epífisis de crecimiento, produciendo acortamientos y deformidades.

La fusión quirúrgica se obtiene más fácilmente cuando la operación se realiza al comienzo de la enfermedad, antes de que hayan

ocurrido. cambios destructivos extensos, o durante un período de mejoría del proceso, cuando los síntomas agudos desaparecen, la eritrosedimentación se reduce y la densidad radiográfica del tejido óseo se aproxima a la normal. Un proceso destructivo agudo, sintomático, hace peligrar el éxito de la operación anquilosante y aumentar las posibilidades de producir intensificación o diseminación del proceso, debe de llegarse a la decisión quirúrgica con la mayor cautela y después de pesar cuidadosamente todos los riesgos. Las deformidades deben de ser corregidas antes de llegar a la operación anquilosante y por lo tanto es costumbre nuestra hacer esta corrección durante el período de tratamiento conservador, a menudo de largos años de duración, que ha de preceder al tratamiento quirúrgico, ya que es raro observar estos casos en su comienzo y hemos de esperar la fase de regresión antes de intervenirlos.



FIG. 3.—Artrodesis Extraarticular en Coxalgia por la Técnica de Brittain. Resultado final.

Aún más importante es el período de tratamiento post-operatorio, que es igualmente largo, ya que como hemos dicho el tratamiento quirúrgico es sólo un coadyuvante al tratamiento general del enfermo, de tipo sanatorial. Es durante este importantísimo período

que los enfermos, creyéndose curados por la intervención quirúrgica, abandonan o descuidan las medidas higiénicas y dietéticas que deben de observar, o abandonan los dispositivos de inmovilización que se les ha impuesto, provocando complicaciones que dan al traste con nuestros mejores intencionados esfuerzos quirúrgicos. Regresan a veces estos enfermos años más tarde en condiciones aún peores de las que manifestaban antes de recibir el tratamiento operatorio. Hemos reunidos algunos bellos ejemplos de estos sacrificados a la falta de un Sanatorio adecuado en donde seguir el tratamiento post-operatorio de estos casos, los cuales presentaremos más adelante.

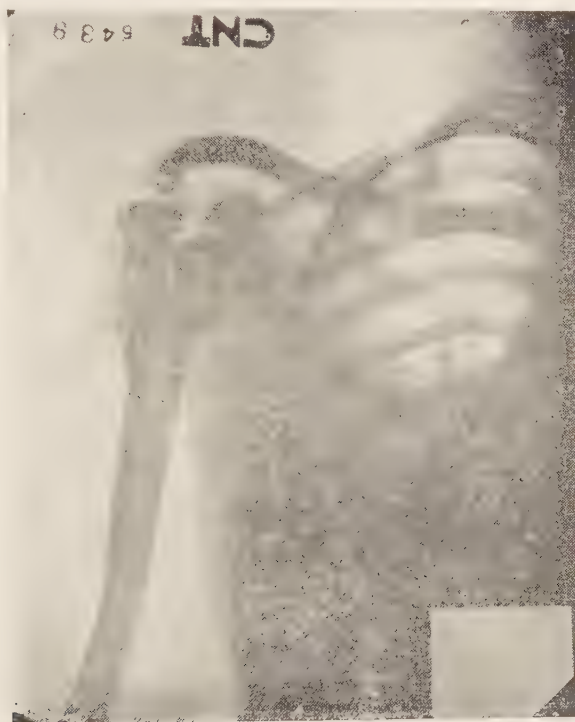


FIG. 4.—Artrodesis del Hombro en Artritis Tuberculosa utilizando injerto ilíaco.

Los abscesos tuberculosos deben de ser tratados por aspiraciones consecutivas de sus contenidos y no por incisión y drenaje. Constituyen excepciones a esta regla los abscesos pósticos que pueden en raras ocasiones producir compresiones medulares y deben de ser drenados por varias vías de acceso, dependiendo de su localización. Un caso especial lo constituyen los retrofaríngeos, que deben de ser drenados quirúrgicamente si dan lugar a disnea, disfagia o si amenazan con abrirse espontáneamente en la faringe. Tales abscesos pueden producir la muerte del enfermo por asfixia. Más adelante

les mostraré un ejemplo de este tipo de complicación que seguramente recordarán algunos de los compañeros que laboran en el Sanatorio de Tuberculosis Infantil.

A menudo la exceresis quirúrgica puede eliminar el problema de una fístula rebelde a todos los tratamientos conservadores. Los sulfanimados, pero más especialmente la penicilina y la estreptomina permiten eliminar tan eficientemente la infección secundaria presente en estos enfermos, que podemos hacer la exceresis de estas fístulas con la seguridad de que la mayor parte no han de recidivar. La extensión a veces enorme y las numerosas ramificaciones que presentan a menudo estas fístulas, hacen que con frecuencia sea técnicamente imposible su extirpación total.

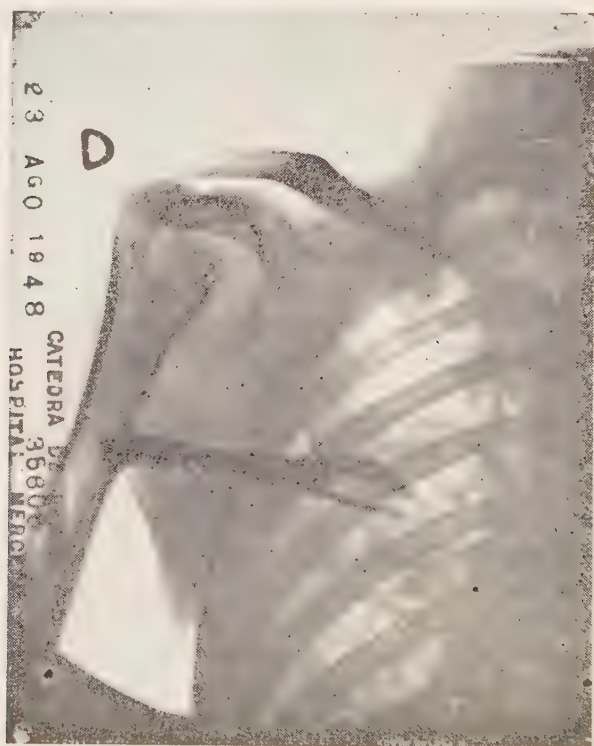


FIG. 5.—Artrodesis del Hombro por Artritis Tuberculosa. Técnica de Brittain.

La paraplegia en el Mal de Pott es una complicación que se ve por lo regular cuando el proceso afecta la porción media del segmento dorsal de la columna. Aunque a veces la cifosis es extrema, rara vez se debe la compresión medular presente a compresión ósea, sino que más bien a absceso tuberculoso, edema, o granulaciones tuberculosas. Hemos observado compresión medular a nivel de la lordosis

compensatoria encontrada por debajo de la cifosis, en un caso en el cual se había hecho una fusión de la columna. La compresión la producía el borde superior de una lámina al subluxarse esa vértebra anteriormente a nivel de la lordosis máxima. Una búsqueda de la compresión a nivel de su lesión vertebral hubiese sido enteramente estéril. Igualmente, un granuloma puede producir compresión medular muy por debajo de la lesión vertebral, por lo cual la laminectomía debe de ser precedida de un examen neurológico cuidadoso para determinar el nivel exacto de la lesión compresiva.

En la mayoría de los casos de paraplegia pótica, la simple hiperextensión de la columna sobre una hamaca o cama de hiperextensión adecuada, da lugar a regresión de la parálisis, por lo cual este tratamiento conservador debe de ensayarse durante un tiempo prudencial, que creemos no debe de pasar de dos semanas, antes de proceder a la laminectomía decompresora.

Hemos reunido cuarenta y tres casos de tuberculosis ósteo-articular tratados quirúrgicamente de entre los 205 casos de T.B. ósteo-articular en el Servicio durante los últimos seis años y que pueden resumirse en la forma siguiente.

	N. casos	Curados	Mejorados	Iguals o empeorados	Se ignora evolución	En evo- lucción	Muertos
Mal de Pott	15	10 66%	1 6%	0	2 13%	1 6%	1
Coxalgia	17	4 23%	2 11%	3 17%	3 17%	0	4 23%
Gonitis	4	3 75%	0	0	0	0	1 25%
Tuberculosis del hombro	2	2 100%					
Sacroiliaca	1	1 100%					
Tobillo, tu- berculosis	1	1 100%					
Tenosinovi- tis T. B.	3						3 100%
TOTAL	43	21 42.8%	3 6.9%	3 6.9%	5 11.6%	1 2.3%	9 20.9%

Estas estadísticas nuestras pueden parecer a primera vista algo pesimistas, ya que consideramos como fracasos todos aquellos casos cuya evolución se ignora y aquellos que se encuentran aún en evolución. De estos últimos, esperamos que la mayoría curen. Sin embargo, en una enfermedad de tan larga evolución como ésta, es fácil entusiasmarse con los resultados inmediatos, sin esperar el tiempo suficiente para observar los resultados finales. No queremos bajo ningún concepto pecar de exceso de optimismo.

Como puede verse fácilmente por los resultados obtenidos, son muy buenos en el Mal de Pott, dejando bastante que desear en las coxalgias. Es por esto que en esta última enfermedad hemos abandonado por el momento las técnicas de artrodesis que veníamos utilizando, ensayando en este momento la nueva técnica de fusión de Brittain, basada en sólidos principios arquitectónicos. Aunque los tres casos tratados por esta técnica en el Servicio, además de un enfermo privado del Prof. Inclán se encuentran aún en período evolutivo, los resultados inmediatos obtenidos nos hacen concebir esperanzas de mejorar nuestros resultados finales en estos casos, en los cuales es notorio, tanto en nuestro Servicio como en grandes servicios extranjeros, el fracaso de la operación anquilosante.

He de leerle algunas hojas clínicas y de mostrarle proyecciones ilustrativas de lo que acabo de exponerles.

Humberto Amorín Guerra. 51092. Edad 5 años.

Marzo 28, '44. Hace cuatro años le observaron cifosis dorsal. Tuvo durante 2½ años, corset enyesado desde entonces. No tiene dolor. Presenta adenopatía cervical. Cifosis dorsal ligera de vértice D10.

Enero '44. Ha continuado con corset enyesado, habiéndose producido ligero aumento en su cifosis como muestra la radiografía.

Enero '45. Tiene ahora siete años de edad. Se hace fusión por la técnica de Albee.

Corset de yeso a los tres meses de operado y aparato de Baker al año de operado. Radiografías actuales muestran injerto sólido. Se mantiene la corrección de la deformidad.

Clodomiro Fernández Palomino. 65288. Edad 60 años.

Septiembre 20, '45. Dolores fuertes dorso-lumbares que comenzaron hace once meses. Meses más tarde se observó cifosis que ha aumentado progresivamente. Presentaba cifosis marcada de vértice L1.

La radiografía en esta fecha muestra destrucción marcada de L1 y L2 así como del disco vertebral entre ambas.

En Diciembre, después de un tratamiento de hiperextensión, se observa corrección satisfactoria de la cifosis, abertura del espacio entre L1 y L2.

Febrero, '46. Se ha hecho fusión de Albee y la radiografía muestra un sólido injerto tibial que toma las apófisis espinosas de ocho vértebras.

Septiembre, '46. Después de iniciar la marcha con un corset de yeso, sufre fractura del injerto que en la placa tomada en esta fecha ya aparece consolidada.

Gudelia Soto Duarte. 41444. Edad 11 años.

Enero 7, '43. Hace 3 años le notan prominencia lumbar sin fiebre ni dolor. Ha aumentado de tamaño. Tratado sobre hamaca de madera durante 6 meses, mejorando. Presenta marcada cifosis de vértice L3 y 4. La flexión del tronco está marcadamente limitada.

Noviembre 30, '43. Lleva diez meses sobre hamaca de Whitman con tracción. Ha aumentado 60 libras de peso.

Diciembre 10, '44. Fusión de la columna tomando L3, 4, 5 y sacro por la técnica de Albee.

Julio 2, '45. Referida al Dr. Hernández Miyares para tratamiento de su obesidad.

Mayo 7, '46. Ha perdido diez libras de peso. Radiografía muestra fusión sólida de su columna, cicatrización de las lesiones vertebrales.

Jasé Pérez Arrebato. 36911. Edad 8 años.

Junio 9, '42. Hace dos años le notaron descenso del hombro izquierdo, prominencia dorsal. Tuvo anorexia. No ha tenido fiebre, dolores, ni noctridosis. La deformidad ha aumentado, haciéndose también prominente el esternon. Presenta linfadenopatía generalizada, inclinación del tronco a la derecha, hombro izquierdo descendido. Marcada cifosis de vértice D10. Reflejos activos, iguales. No tiene dolor a la palpación o movimientos.

Septiembre 4, '42. Fusión de la columna por la técnica de Albee.

Diciembre, '42. Radiografía muestra el injerto consolidado, corrección excelente de su cifosis dorsal.

Agosto '43. Al año de operado, durante el cual ha permanecido sobre su hamaca de Whitman, se le coloca corset enyesado y se le permite la marcha.

Septiembre '46. Se suprime el corset enyesado, indicándose Knight modificado para corregir la escoliosis que presenta. La radiografía muestra injerto sólido, aumento de la cifosis dorsal a pesar del tratamiento quirúrgico. Lesiones aparecen cicatrizadas.

José Blas Gutiérrez. 79480. Edad 9 años. Mal de Pott.

Marzo 25, '47. Ingresado en Marzo '45, referido del Sanatorio infantil. Presentaba absceso retrofaríngeo con cierre de la glotis. Se había hecho traqueotomía de urgencia. Estado semicomatoso, en shock. Se colocó sobre hamaca de Whitman en bayoneta con tracción. Tres aspiraciones del absceso en días consecutivos dieron 100 cc. de pus cada una, con mejoría transitoria. Drenaje quirúrgico del absceso, iniciando mejoría franca. Cicatrizó a los dos meses. Al año se le hizo fusión cérvico dorsal con injertos tomados del ilíaco. Colocado sobre cama de yeso. Posteriormente se reabrió la fístula, drenando pequeñas cantidades. En la actualidad su columna está fusionada y deambula con aparato de inmovilización y tracción cervical.

Jesús Fernández Villar. 35014. Edad 27 años. Mal de Pott.

Mayo 14, '42. Fusión de la columna por la técnica de Albee hace 18 años. No volvió al Servicio. Hace dos meses comenzó a sentir parestesias en ambos miembros inferiores, seguidos por parálisis total de los mismos. Presentaba una cifosis marcada de vértice D9. Parálisis de ambos miembros inferiores. Pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa. Reflejos exaltados. Babinski bilateral.

Marzo, '43. Fué tratado por tracción y contracción sobre una cama de hiperextensión de Zimmer, desapareciendo la parálisis que presentaba. Trabaja de chauffeur, usando corset enyesado.

La radiografía muestra una gran cifosis dorsal de menos de noventa grados. El antiguo injerto continúa uniendo las apofisis espinosas de las vértebras, pero el proceso ha tomado numerosas vértebras hacia arriba y hacia abajo del proceso original.

Orlando García Ferrer. 77705. Edad 24 años. Mal de Pott.

Enero 14, '47. Refiere una caída a la edad de 6 años. Tres meses más tarde cifosis, dolor. Se le hizo fusión de Albee seguida de corset enyesado durante un año. No volvió al Servicio. En 1940 tuvo abscesos lumbares, glúteos y de los muslos que se fistulizaron. Presentaba cifosis dorsal muy marcada de vértice D8. Movimientos de la cadera derecha muy limitados y dolorosos. Fístulas región inguinal, ambos muslos y debajo del vértice de la cifosis.

La radiografía en esta fecha nos muestra una cifosis muy marcada, de menos de 70 grados. El antiguo injerto se encuentra aún presente, pero la lesión ha progresado hacia abajo.

Disminución de la secreción de sus fistulas después de dosis grandes de penicilina, mejoría en cuanto a sus dolores y estado general.

Luis Fernández Balboa. 71072. Edad 10 años. Coxalgia.

A los dos años de edad tuvo dolor en la cadera derecha, fiebre hasta de 40. Hace tres años tuvo absceso de cadera. Tratado por as-

piración hasta que se fistulizó, demorando 3 ó 4 meses en cicatrizar. En ocasiones tiene dolor en la cadera, fiebre. Claudica del lado derecho. Deformidad en flexión de la cadera derecha. Cicatriz en el aspecto externo de la cadera. Flexión a 120 grados, extensión a 130. Anquilosis en abducción de 15 grados. Acortamiento de dos pulgadas.

Radiografía muestra proceso destructivo de la cabeza femoral y acetabulum.

Febrero 8, '47. Artrodesis extra-articular de la cadera por la técnica de Brittain.

Mayo 30, '47. Radiografía muestra consolidación de la ósteotomía y unión entre injerto y fémur.

Eduardo Benítez Navarro. 42813. Edad 20 años. Coxalgia bilateral.

Marzo 18, '43. Desde la edad de cuatro años padece de artritis en ambas caderas. Le fué imposible caminar hasta la edad de 13 años. Tuvo fístulas en una cadera. No recuerda dolor. Operación de su cadera izquierda hace 7 años, iniciando la marcha antes de tiempo. Anquilosis de la cadera izquierda, dolores y calambres, inestabilidad para la sustentación de peso en el lado derecho. La cadera izquierda anquilosada en 150 grados de flexión y 30 grados de adducción, trocanter elevado. Cadera derecha, movimientos solamente ligeramente limitados pero dolorosos. Trocanter marcadamente elevado. Marcha con gran dificultad por tener que levantar mucho la pelvis del lado izquierdo para compensar el acortamiento derecho.

Abril '43. Osteotomía de Schantz derecha colocando el extremo superior de la disfisis femoral adentro del acetabulum.

Febrero '46. La marcha ha mejorado notablemente. Oblicuidad marcada de la pelvis por la adducción izquierda que compensa el acortamiento derecho. No tiene dolor. Movimientos completos en la cadera operada.

Rogelina Rojas Hernández. 42805. Edad 13 años. Coxalgia.

Marzo 18, '43. Desde que recuerda claudica del lado derecho. En Diciembre '42 notó tumoración en la región inguinal derecha. Tumoración indolora, incindida por un médico. Presenta herida incisa en el pliegue inguinal derecho, cerca del pubis, que drena exudado burbultoso en pequeña cantidad. Los movimientos extremos son dolorosos. Extensión limitada a 110 grados, flexión a 60, abducción a 45. Trocanter mayor elevado. Acortamiento de 1 y medio pulgadas.

Tratada por artrodesis extra-articular por la técnica de Hibbs, sin lograrse fusión. Más tarde tuvo absceso y fístula en la cicatriz, necesitando excresis de gran parte del injerto que estaba afectado por un proceso de osteitis.

Marzo '47. Nuevo absceso a nivel de la cicatriz que se fistulizó drenando gran cantidad de pus. Tratado por penicilina sin efecto.

Tratado por estreptomicina, cesando el drenaje purulento y permitiendo excresis y sutura secundaria de la fístula. La fístula inguinal original aún persiste. La enferma ha estado hospitalizada durante cuatro años.

Carmen Díaz de la Rosa. 13. Edad 26 años. Coxalgia.

Febrero 21, '42. A los 7 años tuvo cuatro abscesos de la cadera izquierda con fiebre. Hace once años sufrió caída sobre la cadera izquierda, sintiendo dolor y teniendo que guardar cama durante tres meses. Caminando sin dolor ni fístulas hasta hace cinco meses, cuando se le presenta fístula de la cadera izquierda. Ha tenido que usar muletas desde entonces. Presenta acortamiento de 5 y medio pulgadas. Trocanter mayor marcadamente elevado. Fístula postero externa de la cadera. Extensión a 135 grados, flexión a 90 grados, abducción 10 grados. No hay dolor.

Radiografía muestra destrucción total de cabeza y cuello femoral, luxación patológica de la cadera. Destrucción grande del acetabulum.

Mayo 1 '44. Radiografía muestra resultado obtenido con osteotomía de descarga hecha hace un año. Cadera continúa dolorosa.

Junio, '44. Fusión de la cadera por la técnica de Albee de doble injerto tibial.

Octubre, 45. Permanece bien sin dolor ni fístula, aunque dos meses después de operada tuvo fístula que duró dos meses. Radiografía muestra gran engrosamiento de los injertos que aparecen sólidamente unidos al coxal y al trocanter mayor.

Mayo, '47. Vista de nuevo. Clínicamente curada. Cadera fusionada. No tiene dolor. Tuvo fiebre tifoidea grave hace pocos meses sin reactivación de su proceso tuberculoso.

Angel González González. 40191. Edad 5 años. Coxalgia.

Octubre 31, '42. Dolor en la cadera derecha, deformidad en flexión desde hace 3 años. Febrículas frecuentes. Tuvo fístula de la cadera. Estuvo ingresado en este Hospital durante dos años. El tratamiento consiste en tracción continua durante uno y medio años, espigas envesadas desde entonces. La fístula cicatriza. Anquilosis parcial de la cadera derecha en buena posición.

Marzo 28, '47. Durante cinco años se ha estado tratando por espigas envesadas sin llegar a cicatrizar su proceso. Tiene diez años. Artrodesis extraarticular de Brittain.

Mayo 30, '47. A los dos meses de operado radiografía muestra que se inicia consolidación de la osteotomía y unión del injerto.

Berta Mesa Lescant. 725557. Edad 32 años. Coxalgia.

Julio 9, '46. Caída a los cuatro años de edad. No recuerda fiebre. Tuvo absceso de la cadera derecha que se fistulizó y drenó hasta eliminar un secuestro. Osteotomía subtrocantérea de descarga hace 18 años. Continuó con dolores y claudicación. Hace 5 años tuvo nuevo absceso acompañado de fiebre. Este se abrió espontáneamente eliminando varios secuestros y cicatrizando en un mes. Se le puso espica de yeso durante 7 meses. Claudica lado derecho. Trendelenburg positivo de ese lado. Movimientos de la cadera son dolorosos y están limitados por el dolor. Trocanter mayor marcadamente ascendido. Cicatrices de fístulas.

Se le recomienda fusión, no pudiendo ingresar por no disponerse de camas para mujeres.

La radiografía muestra destrucción completa de cabeza y cuello femorales y del acetabulum. Varios abscesos calcificados son visibles, así como trazas de la antigua ósteotomía. Existe una luxación patológica de la cadera.

Concepción Gómez Celaya. 52248. Edad 31 años. Coxalgia.

Julio '44. A los 14 años comenzó a claudicar del lado izquierdo. Poco tiempo después comenzó a sentir dolores en esa cadera. No tuvo fiebre. No ha tenido fístulas. A los 16 años fusión de la cadera Prof. Inclán utilizando injerto tibial. Espica enyesada durante tres meses y otra de marcha tres meses más. No ha vuelto a tener sintomatología. Presenta cicatriz de incisión de Campbell en la cadera izquierda. Cadera anquilosada en 10 grados de flexión. abducción de 15 grados. En la estación de pie, pelvis elevada del lado derecho con escoliosis sacro lumbar izquierda, dorsal derecha.

Radiografía muestra fusión ósea intra-articular y grueso puente óseo entre el trocanter mayor y el coxal.

Luis Díaz Cabrera, 66357. Edad 10 años. Gonitis tuberculosa.

Noviembre 11, '45. Dolor en la rodilla derecha desde hace cinco años. Aumento de volumen, fiebre de 40 grados que duró dos días. Tratado por enyesados en el Hospital Municipal Infantil durante un año. Al cabo del año de tratamiento se le presentaron dos fístulas, una a nivel del tercio medio de la pierna y la otra en la cara interna de la rodilla que drenaron durante dos meses. Le ha quedado anquilosis en flexión de su rodilla. Presenta rodilla anquilosada en 110 grados de flexión. Hay ligera movilidad. Rotula fija. No tiene dolor.

Corrección bajo anestesia resultando en epifisiolisis, consolidando con la rodilla en extensión.

Junio '46. Deformidad en flexión progresiva. (Radiografía).

Noviembre 7, '46. Deformidad ha progresado hasta llegar a 130 grados, por lo cual en esta fecha se le hace resección y artrodesis de la rodilla por la técnica de Henderson. Osteosíntesis externa por medio de la férula de Haynes.

Febrero 20, '47. Hizo esfacelos de la herida que ya ha cicatrizado. Se retira la férula de Haynes por existir fusión ósea sólida. (Radiografía).

Junio 20, '47. Se mantiene la corrección. Caminando sin dolor ni molestias.

Emiliana Fernández Cuéllar. 76540. Edad 13 años. Gonitis tuberculosa.

Noviembre 19, '46. Caída al año de nacida, seguida de aumento de volumen de la rodilla derecha, limitación de los movimientos. Dos años después la niña se quejaba de dolor al caminar. Hace un año tuvo nuevo aumento de volumen, fiebre. Hizo absceso de la región poplítea que se fistulizó, cicatrizando más tarde. Presenta anquilosis casi completa en flexión de 160 grados.

Abril 13, '47. Resección de la rodilla, corrigiendo la deformidad. Osteosíntesis externa con la férula de Haynes.

Junio 1, '47. Se le permite deambular.

Evelio Fernández Kemp. 35483. Edad 14 años. Tuberculosis del hombro.

Abril 9, '42. Caída sobre el brazo izquierdo hace dos años, Tratado en el Infantil con férula de aeroplano durante cinco meses y después con espicas enyesadas cada seis meses. Nunca ha tenido dolor, fiebre, anorexia o noctidrosis. Presenta gran atrofia muscular del hombro y brazo. Hombro en 80 grados de abducción, 125 de flexión. En el codo flexión a 85 grados, extensión a 155 grados.

Julio 8, '42. Fusión extra-articular del hombro.

Radiografías antes y 18 meses después de operado muestran fusión sólida y cicatrización de su lesión. Abducción a 100 grados, llega a la cabeza con la mano. Movimientos del codo completos.

Lydia Estrada Pérez. 50983. Edad 6 años. Tuberculosis del hombro.

Marzo 23, '44. Dolor en el hombro izquierdo desde hace un año. No ha tenido fiebre. Pequeño absceso en la cara anterior del brazo que se reabsorbió sin fistulizarse. Se queja de dolor y limitación a los movimientos del hombro. Referida a este Servicio por presentar escoliosis. Presenta escoliosis dorso-lumbar derecha, cérvico-dorsal izquierda. Elevación del hombro izquierdo. En el hombro izquierdo la abducción limitada a 75 grados, rotación externa a 45, la interna a 70. Acortamiento de media pulgada del miembro superior izquierdo.

Radiografía muestra proceso osteolítico de la cabeza humeral, con estrechamiento del espacio articular e irregularidad de la glenoides.

Abril 10, '46. Fusión extra-articular del hombro utilizando injerto tomado del iliaco.

Octubre 25, '46. Fusión sólida clínica y radiográficamente. Se inicia función protegida del hombro.

Gerardo Llerena González. 76132. Edad 19 años. Tenosinovitis tuberculosa de la muñeca, tuberculosis del hombro.

Noviembre 5, '46. Hace 19 meses dió un golpe con el puño sintiendo dolor en el aspecto postero externo del hombro derecho. Tuvo dolor ligero durante 7 meses. Hace un año comenzó dolor constante, febrículas, pérdida de 8 libras de peso, limitación progresiva de los movimientos del hombro. Al mismo tiempo observó dolor, aumento de volumen de la muñeca izquierda. Radiografías del hombro que mostraron también lesiones pulmonares no sospechadas. Presenta atrofia del deltoides. Dolor a la presión sobre la cabeza humeral. Movimientos dolorosos, limitados. Tumor fluctuante, aparentemente de las vainas tendinosas, a nivel de la cara anterior de la muñeca izquierda.

Mayo 14, '47. Tratado por espica enyesada durante 6 meses. Hace una semana se evacuó gran absceso del hombro derecho. Hoy se opera la muñeca izquierdo, encontrándose extenso proceso quístico granulomatoso que tomaba todas las vainas sinoviales de los tendones flexores de la muñeca. Las porciones quísticas del granuloma contenía cuerpos riciformes. El proceso invadía la palma de la mano. Se hizo excéresis total del granuloma.

Operación seguida de estreptomycin, un gramo diario durante tres semanas.

Enrique López Servian. 56654. Edad 30 años. Tuberculosis sacroiliaca.

Octubre 28, '44. Hace diez años, después de fiebre tifoidea, tuvo dolor en la región sacroiliaca izquierda con irradiación por la cara anterior del muslo. Estuvo un año en reposo en cama. Tuvo febrículas, fistulas glúteas. La radiografía muestra proceso osteolítico de la articulación izquierda.

Enero 6, '46. Artrodesis extra-articular de la sacroiliaca izquierda por la técnica de Campbell.

De alta a los cuatro meses radiográficamente fusionado, sin dolor ni fistulas.

Alberto Simón Solex. 40244. Edad 14 años. Sinovitis tuberculosa del codo.

Noviembre 3, '42. Hace cuatro años le tiraron del brazo izquierdo, lesionándole el codo, con edema del mismo. Al mes tuvo de nuevo aumento de volumen con gran dolor, limitación de los movimientos. Enyesado durante 6 meses. No volvió a tener trastornos hasta hace dos semanas cuando tuvo aumento de volumen, dolor. Presenta distensión del fondo de saco sub-tricipital. Hay fluctuación. Hay ligero engrosamiento sinovial. Movimientos no limitados ni dolorosos. Radiografía muestra ligera decalcificación.

Diciembre 31, '42. Sinovectomía del codo. No vuelve a concurrir al Servicio después de dado de alta.

Georgina León Betancourt. 34942. Edad 22 años. Tuberculosis tobillo.

Marzo 17, '42. Se torció el tobillo izquierdo hace 15 años. No pudo caminar inmediatamente. Claudicación, edema durante diez días. Desde hace cinco años tiene dolor, más edemas, calor local. Presenta el pie en abducción. Edema del maleolo interno. Sinovial de la articulación del tobillo engrosada. Los movimientos tibio tarsianos provocan dolor agudo. Gran dolor a la presión sobre el maléolo interno.

Radiografía muestra proceso destructivo de la articulación tibio tarsiana, con pérdida del espacio articular.

Mayo '43. Artrodesis extraarticular con injerto osteoperióstico. Radiografía muestra el injerto en buena posición.

Agosto 7, '43. Clínicamente no hay fusión de la articulación. La radiografía muestra fractura del injerto ocurrida dentro del enyesado.

María Fernández García. Edad 45 años. Tenosinovitis tuberculosa.

Septiembre 27, '46. Desde hace dos años se nota tumoración del dorso de la muñeca que varía de tamaño. Dolor en ocasiones con irradiación hacia los dedos. Ultimamente ha notado impotencia para prehensión. Presenta tumoración elongada, de consistencia elástica, que forma cuerpo con los tendones extensores en la muñeca y porción inferior del antebrazo.

Operación. Excerésis del granuloma que envolvía e infiltraba los tendones extensores de los dedos y media unos 4 por 3 por 2 cm.

Terapia profunda post operatoria. A los dos meses se observó recidiva del tumor que creció rápidamente.

Febrero 27, '47. Operación. Exceresis de la recidiva tumoral. Aspecto del granuloma más fibroso en esta ocasión. Extensión de la lesión igual que anteriormente. Puede lograrse una exceresis completa sin sacrificar ningún tendón.

Operación seguida de estreptomycin, un gramo diario hasta

poner 20 gramos. Tres meses después de operada no ha habido recidiva de la lesión.

A R S, de 13 años de edad

1945. Se presenta al Servicio quejándose en la cara anterior de la muñeca izquierda, que data de varios meses, habiendo aumentado de tamaño. Tiene historia de tuberculosis pulmonar. Presenta tumoración palmar. La tumoración se continúa por detrás del ligamento transversal del carpo, prolongándose hasta la eminencia hipotenar. Forma cuerpo con los tendones flexores y se desliza con éstos por detrás del ligamento.

Se trata conservadoramente con férula anterior enyesada tomando los dedos. No vuelve al Servicio.

Mayo 1947. Vuelve por notar dolor, aumento de tamaño de la tumoración. Refiere que ha continuado asistiéndose en el Dispensario Calmette, manteniéndosele la inmovilización durante un período de 6 meses.

Mayo 16, '47. Excresis quirúrgica total de un extenso granuloma tuberculoso de las vainas de los tendones flexores de la muñeca.

Tratamiento postoperatorio de inmovilización en férula enyesada, estreptomycinina un gram por día. La estreptomycinina le fué donada por el Lyceum Club. Se ha puesto 13 gramos hasta la fecha.

CONCLUSIONES

1. La tuberculosis ósteoarticular es una enfermedad de muchos años de evolución en la cual se intercala el tratamiento quirúrgico como coadyuvante importantísimo a la curación del enfermo.
2. Durante la larga etapa preoperatoria y el largo período postoperatorio, se impone la necesidad de un tratamiento de tipo sanatorial adecuadamente supervisado por personal especialmente entrenado en la materia.
3. El uso de la férula de Haynes en el tratamiento postoperatorio de las resecciones y artrodesis de la rodilla, es una idea nueva elaborada quirúrgicamente para la inmovilización postoperatoria en la gonitis tuberculosa.
4. Se está ensayando el uso de la estreptomycinina durante el tratamiento postoperatorio de la tenosinovitis tuberculosa. Este trabajo de investigación lo consideramos original, sin haberse aún

obtenidos resultados finales. El Lyceum Club ha contribuido generosamente estreptomycin para llevarlo a cabo.

5. Se ensaya en nuestro medio la nueva técnica de Brittain para artrodesis extra-articular de la cadera, encontrándose cuatro enfermos operados y aún en evolución, pero dando muestras de que los resultados finales han de ser satisfactorios.

S U M M A R Y

The author reviews forty-three cases of bone or joint tuberculosis treated surgically in the Osteo-articular Tuberculosis Service of the National Tuberculosis Council. The late results of surgical treatment are presented in a statistical table. Recent additions to the surgical armamentarium in the treatment of this disease were used. These consisted of the use of the Hayne's splint for fixation of the knee joint following arthrodesis. The use of streptomycin after surgical excision in three cases of tuberculous tenosynovitis, and the use of the Brittain technic in arthrodesis of the spine, hip and shoulder. The need for a sanatorium in which preoperative and post-operative treatment of these patients may be carried out is pointed out and emphasized.

Tratamiento de la Tenosinovitis Tuberculosa por Métodos Quirúrgicos y Streptomycina:

PRESENTACION DE TRES CASOS *

Dr. ALBERTO INCLAN Jr.

Es el propósito de este trabajo mostrar los resultados obtenidos en el tratamiento de tres casos de tenosinovitis tuberculosa utilizando el tratamiento quirúrgico comúnmente preconizado, suplementándolo con el uso de un nuevo antibiótico, la streptomycina, la cual parece tener cierto poder inhibitorio sobre el desarrollo del bacilo tuberculoso.

La tenosinovitis tuberculosa no es observada frecuentemente en el Servicio Tuberculoso Osteoarticular del Consejo Nacional de Tuberculosis, ocurriendo tres veces entre más de trescientos enfermos inscritos durante un período de siete años, dando una incidencia de menos de un uno por ciento. Aunque otros autores, tales como Kanavel, Potts, Mason y Bunnell la encuentran raramente asociada a otras lesiones tuberculosas o a una historia de haberlas padecido, es el caso que en nuestros tres pacientes existen lesiones bacilares concomitantes o historia de haberlas sufrido en un pasado reciente. Se ha descrito frecuentemente entre obreros de las industrias ganaderas y lecheras y entre curtidores, llegándose a pensar que el bacilo fuese comúnmente del tipo bovino. En nuestros casos no se ha comprobado contacto directo o indirecto con reses. Los tres padecieron una tuberculosis pulmonar concomitante o que precedió a la tenosinovitis.

La patología local, muy variable en los diferentes casos, puede decirse que pasa por cuatro etapas principales:

En la primera etapa, rara vez vista, ocurre un exudado seroso; éste se hace seropurulento durante la segunda etapa, con o sin formación de cuerpos riciformes. La tercera etapa, que podemos llamar fungoide, se caracteriza por un gran engrosamiento de la sinovial, formando una masa fungosa, roja y granular que infiltra los tendones, separando primero sus fascículos y más tarde destruyéndolos uno a uno. Durante la cuarta etapa ocurre la necrosis caseosa

* Trabajo leído ante la Sociedad Nacional de Cirugía, sesión celebrada en el Hospital de la Policía.

del granuloma, con formación de abscesos que al abrirse al exterior dan lugar a iniecciones secundarias, con extensión del proceso a huesos y articulaciones y frecuentemente lleva a la amputación urgente o al deceso del paciente.

La formación de cuerpos riciformes no ha sido aún explicada satisfactoriamente, por lo cual algunos autores, tales como Mason, no adelantan ninguna hipótesis que la explique. Bunnell cree que el deslizamiento de los tendones a través de vainas recubiertas de fibrina y tubérculos hace que pequeños fragmentos se desprendan y que éstos sirvan de núcleos alrededor de los cuales se forman los cuerpos riciformes. Algunos de estos están compuestos de láminas concéntricas de fibrina con detritus celular y alguna que otra células gigante; otros tienen un núcleo celular y ambos tipos pueden contener bacilos tuberculosos, demostrables microscópicamente o por inoculación. Ciertos hallazgos patológicos de nuestro Caso 2 parecen desacreditar esta teoría de formación de los cuerpos riciformes. Este enfermo presentaba una tenosinovitis de forma higromatosa (2a. etapa) de las vainas sinoviales de todos los tendones flexores de la muñeca. Se trataba de una masa higromatosa multilocular, hallándose cada uno de los quistes repletos de cuerpos riciformes. Estos variaban en tamaño desde las dimensiones de una semilla de tomate a las de una semilla de melón.

Sin embargo, y he aquí el hecho curioso, todos los cuerpos riciformes contenidos en un mismo quiste eran de aproximadamente el mismo tamaño, como si hubieran sido originados todos al mismo tiempo, en tanto que si su formación hubiese ocurrido en la forma detallada por Bunnell, esperaríamos encontrarlos de una diversidad de tamaños, desde el más diminuto al más grande.

Durante las dos primeras etapas, serosa o higromatosa los tendones, aunque pierden su brillo habitual, no se encuentran afectados en su estructura, en tanto que durante las dos últimas etapas, fungoide y formación de absceso frío, ocurre una destrucción marcada de los mismos. Este hecho patológico es de inmensa importancia en el pronóstico y tratamiento de la enfermedad.

La evolución de la enfermedad es lenta e insidiosa y la sintomatología a veces tan leve que algunos casos demoran hasta años en consultar al médico. Los síntomas precoces en el orden que ocurren son: aumento de volumen, dolor espontáneo y a la presión, debilidad a la prehensión y limitación en los movimientos.

Típicamente el tumor forma una masa alargada, de consistencia pastosa, que sigue los tendones flexores o extensores y presenta una constricción en la muñeca al pasar por debajo del ligamento transverso o del dorsal del carpo. Frecuentemente la porción palmar aparece mayor que la antebraquial. La tumoración puede extenderse a

uno o varios dedos, siendo el meñique el afectado más frecuentemente, o puede comenzar en un dedo y progresar hacia la palma. Puede o no haber fluctuación. Dos signos de importancia cuando se encuentran presentes: frote como de cuero contra cuero que puede ocurrir a la palpación, sobre todo al comprimir el tumor en la muñeca y deslizarse éste hacia la palma; sensación a la palpación como de perdigones contenidos en un saco de cuero y que ocurre cuando predominan los cuerpos riciformes.

El diagnóstico diferencial hemos de hacerlo principalmente con las siguientes entidades:

Ganglion.—Por lo regular el aumento de volumen es más circunscrito. La aspiración de sustancia gelatinosa confirma el diagnóstico, pero en caso de tuberculosis puede dar lugar a una fístula. Hemos operado un caso de tuberculosis con el diagnóstico preoperatorio de ganglion y así mismo un ganglion con el diagnóstico de tenosinovitis tuberculosa. El diagnóstico de ganglion no debe de hacerse nunca sin deliberación.

Xantoma.—Más discreto y no limitado a las vainas sinoviales tendinosas.

Lipoma arborescente.—Este tumor es raro. Se dice que la aplicación de hielo lo endurece al igual que otros lipomas.

Tenosinovitis gonocócica.—El proceso es más agudo, por lo regular dorsal. Historia de blenorragia.

Sífilis.—Se encuentran otros signos de la infección luética; hay enrojecimiento y dolor con tendencia a la ulceración.

Tenosinovitis traumática.—Dolor marcado a la presión y crepitación fina, sin hacer tumoración blanda. Sigue al uso excesivo de la mano.

La presencia de una masa tumoral alargada, crónica, de consistencia pastosa, que cubre tendones flexores o extensores, se debe casi siempre a una infección tuberculosa y si se comprueba que contiene cuerpos riciformes, el diagnóstico es casi cierto. A pesar de la cronicidad del proceso, el diagnóstico precoz es importante, para que el tratamiento se instituya antes de que sobrevenga destrucción de tendones, fistulización o extensión del proceso a huesos y articulaciones. Frecuentemente se demora meses y hasta años en hacerse el diagnóstico, perdiéndose un tiempo precioso para el enfermo.

Debido al lento desarrollo y a la poca sintomatología dolorosa que da el proceso, hay una gran tendencia tanto en el enfermo como en el médico a posponer el tratamiento quirúrgico.

Se pierden meses en inmovilizaciones prolongadas incapaces de

curar la enfermedad y que sólo dan tiempo al proceso a avanzar de modo tal que puede llegar a costar la vida del enfermo y cuando menos produce una destrucción tendinosa tal, que obliga más tarde a reparaciones plásticas extensas para devolverle función a la mano.

El tratamiento es quirúrgico. Utilizando isquemia, deben de hacerse incisiones tales como las preconizadas por Bunnell, que eviten retracciones secundarias. Debe entonces de procederse a una exceresis minuciosa de todo el tejido visiblemente enfermo, desnudando los tendones y en caso de hallarse éstos infiltrados, limpiando cuidadosamente los fascículos individuales. En nuestros casos no ha sido necesaria la resección de tendones, pero Mason la consideró necesaria en el cincuenta por ciento de sus casos y es evidente que cuando la destrucción es marcada, la exceresis tendinosa se hace inevitable. En las mejores manos no se consideran dos horas mucho tiempo para emplear en esta laboriosa disección, que de no hacerse con el mayor cuidado dará lugar a la pronta recidiva del proceso.

Habiendo observado que es frecuente tener que reoperar estos casos (algunos autores dan de un cincuenta a un setenta y cinco por ciento de recidivas), aunque el resultado final es de curación en un setenta a ochenta por ciento y habiendo obtenido una pronta recidiva en nuestro primer caso tratado quirúrgicamente, a pesar de haberse hecho una exceresis cuidadosa del proceso, decidimos en Febrero del pasado año suplementar el tratamiento quirúrgico con el uso de la streptomicina, que aparecía entonces en nuestro mercado. El uso de esta droga fué empírico, ya que aunque se le comenzaban a atribuir ciertas propiedades inhibitoras sobre el bacilo tuberculoso, no había aparecido, ni ha aparecido en la literatura médica hasta el presente la descripción de su uso en el tipo de afección que nos ocupa.

Nuestro primer caso, el cual había sufrido una recidiva de su proceso fué reoperado hace catorce meses; dos casos más fueron sometidos al mismo tipo de intervención quirúrgica hace once y trece meses. En los tres casos se empleó la streptomycin post-operatoriamente en dosis de un gramo diario durante tres o cuatro semanas. Hasta el momento actual no hemos observado recidiva en ninguno de los tres. El diagnóstico de tenosinovitis tuberculosa fué confirmado en dos de los casos por el Dr. Ricardo Fusté y en un tercero por el Dr. Gómez Camejo.

Imposible decidir en una serie tan pequeña de casos, si estos enfermos son de los que hubiesen curado con el tratamiento quirúrgico simplemente, o si la ausencia de recidiva se debe al uso de la streptomicina. Sólo con el uso de esta técnica por ustedes, los compañeros cirujanos llamados a tratar estos casos y su informe sobre el resultado de la misma en aportes de la índole de este trabajo, o

en comunicaciones personales, es que podemos esperar reunir un número adecuado de enfermos tratados, que nos permitan hacer aseveraciones más o menos categóricas sobre los resultados obtenidos.

Caso 1.—M.F.G., blanca, edad.

Vista en Septiembre 27, 1946. Historia de pleuritis y más tarde peritonitis de origen bacilar. Tumoración dolorosa del dorso de la muñeca, con impotencia funcional parcial para la flexión de los dedos. Presentaba una tumoración alargada, renitente, del dorso de la muñeca, con dolor a la presión. La tumoración estaba presente desde hacía meses, y había aumentado de tamaño. Intervenida quirúrgicamente con diagnóstico preoperatorio de ganglion, se encuentra una tumoración de consistencia firme, muy vascular y de color rosado que envolvía los tendones extensores del dorso de la muñeca. El tumor se hallaba íntimamente unido a los tendones y había infiltrado algunos de ellos, separando los fascículos tendinosos. Excéresis cuidadosa de todo el tejido enfermo visible macroscópicamente. Examinado éste histológicamente por el Dr. Ricardo Fusté, quien diagnostica tenosinovitis tuberculosa. Vista de nuevo la enferma en Febrero de 1947. Refiere que al mes de operada y después de haber recibido terapia profunda, observó nuevo aumento de volumen, presenta las mismas dimensiones que anteriormente. En Febrero 27, 1947 se hace nueva excéresis del tumor. Este presenta los mismos caracteres de invasión de tendones, pero el tejido granulomatoso es ahora pálido, más denso y más difícil de extirpar. Se logra excéresis completa sin sacrificar tendones. Streptomycin postoperatoria, un gramo diario hasta ponerse 20 gramos. No ha habido recidiva hasta el momento actual. Flexión de los dedos completa con la muñeca en extensión, limitada con la muñeca en flexión.

Caso 2.—G.L., blanco, 19 años.

Visto Noviembre 5, 1946, referido del Sanatorio La Esperanza. 19 meses antes dió un golpe con el puño derecho, sintiendo dolor en la cara posterior y externa del hombro derecho. Durante 7 meses notó en ocasiones dolor ligero, sin limitación de movimientos. Un año antes de ser visto comenzó a tener dolor constante en el hombro derecho acompañado de febrículas, pérdida de peso de 8 libras. Limitación progresiva de todos los movimientos de ese hombro. Siete meses antes le hicieron radiografías del hombro, encontrando en ese momento lesiones apicales del pulmón derecho. Por esa época se lesionó el meñique de la mano izquierda, llevándolo en hiperextensión, refiriendo que desde entonces siente dolor en ese dedo y que recientemente observa crepitación a los movimientos del mismo. Ingresado e inmovilizado el hombro derecho en éspica como paso previo a

artrodesis extraarticular del hombro. Se fistuliza el hombro, siendo necesario aplazar la fusión hasta Julio del año pasado. En Marzo 14, 1947 se opera su muñeca izquierda. Esta presentaba una masa tumoral blanda, fluctuante de toda su cara anterior, especialmente de la mitad cubital, que pasaba por detrás del ligamento transversal del carpo, prolongándose hacia la palma de la mano. El tumor era crepitante a la presión, produciendo un frote como el de cuero sobre cuero. La presión en la muñeca lo desplazaba hacia la palma de la mano y viceversa. Se encuentra un proceso inflamatorio crónico que formaba un granuloma que envolvía todos los tendones de la cara anterior de la muñeca y palma de la mano, hallándose dividido en tres lesiones bien demarcadas, una radial, otra central y otra cubital. Cada proceso era granulomatoso y quístico, conteniendo gránulos riciformes de tamaño uniforme en cada proceso, pero de mayor tamaño en la lesión cubital, algo menores en la lesión central y los más pequeños en la lesión radial. Para la extirpación total del proceso es necesario dividir el ligamento transversal del carpo que se repara más tarde. Férula enyesada con los dedos en semiflexión durante tres meses. Streptomicina, comenzando a las tres semanas de operado y poniéndose un gramo diario hasta un total de 30 gramos. La lesión no ha recidivado. Movimientos de los dedos completos.

Caso 3.—A.R.S., blanca, 12 años.

Vista en Junio 1944. Hacía siete meses tenía tumoración de la cara anterior de la muñeca derecha. Febrículas, noctidrosis, dolor espontáneo y a los movimientos, debilidad para la prehensión. T. B. pulmonar en la madre que no convive. Abuela muerta de T.B. pulmonar hacia 4 años. Dos años antes la enferma tuvo una pleuritis que duró cuatro meses y que siguió a una vacunación antitífica. Presentaba una tumoración fluctuante, dolorosa, en el aspecto anterior de la muñeca derecha, con prolongación por detrás del ligamento transversal del carpo hacia la eminencia hipotenar. No existía retracción tendinosa. Flexión y pronosupinación de la muñeca libres, extensión ligeramente limitada. Se le pone plan de tratamiento general y férula anterior enyesada tomando los dedos, como tratamiento inmediato. Sin embargo, la enferma no vuelve, recibiendo tratamiento en un dispensario hasta Abril 29, 1947, cuando regresa a este Servicio. Dice que usó la férula durante seis meses habiendo desaparecido su dolor, por lo cual no había retornado. Desde hace algunas semanas tiene dolor nuevamente. Presenta la misma tumoración anterior que ha aumentado algo de tamaño. Es referida a las Damas del Lyceum para la obtención de streptomicina y se ingresa para ser operada. Mayo 16, 1947 se hace incisión de Bunnell para palma de la mano y muñeca. Aparece inmediatamente una tumoración alargada,

blanda, que envuelve los tendones de los flexores superficiales y profundos del dedo, medio y anular, pasa por detrás del ligamento transversal, envuelve al nervio mediano sin infiltrarlo, y llega a la palma. Excresis total del granuloma y sutura con reparación del ligamento transversal. Tumor granulomatoso y quístico, con su contenido semejando "pudín" amarillento. Se pone 20 gramos de streptomicina, a razón de un gramo diario, sin recidiva de la lesión hasta la fecha.

CONCLUSIONES:

1. El diagnóstico diferencial entre tenosinovitis tuberculosa y ganglion puede presentar dificultades.
2. Es importante el diagnóstico precoz de la tenosinovitis tuberculosa, para que pueda realizarse el tratamiento quirúrgico antes de que ocurra destrucción grande de tendones.
3. En una serie reducida de casos, el uso de la streptomicina después del tratamiento quirúrgico puede haber sido factor importante en la prevención de las recidivas que con tanta frecuencia ocurren en esta enfermedad.
4. Se pide la colaboración de los compañeros cirujanos para lograr reunir una serie mayor de casos en los cuales se haya utilizado la streptomicina asociada al tratamiento quirúrgico y poder llegar a alguna conclusión definitiva sobre los méritos de esta terapéutica.

S U M M A R Y

The author presents three cases of tuberculous tenosynovitis of the wrist and hand, proven by pathological examination, in which surgical excision followed by streptomycin therapy resulted in apparent cures.

Recent checks, posterior to presentation of this article, have revealed no recurrence in two cases twenty and nineteen months after operation. A third came, operated upon seventeen months ago, was last seen six months following her operation, and presented no evidence of recurrence at that time. It is curious that the case I had operated upon five months previously, streptomycin not being used, but careful excision being performed, and the tenosynovitis promptly recurred. Excision of all infected tissue, respecting if possible the continuity of tendons, and followed by streptomycin therapy is recommended as the treatment of choice in this disease.

Literatura Nacional y Extranjera

10. RESUMEN

Dr. Harold H. Hitchcock, M. D. California. Painful shoulder. The journal of Bone and joint Surgery. Vol. 30-A No. 2. Abril de 1948. U.S.A.

Las conclusiones a que llegan dichos autores son las siguientes:

20. La lesión del tendón de la porción larga del biceps puede causar dolor intenso y difuso del hombro.

20. El mecanismo anatómico normal del tendón de la porción larga del biceps braquial puede fallar. Un troquiter muy pronunciado o un canal bicipital aplanado puede crear dificultades al mecanismo del tendón.

30. Una operación que consista en fijar el tendón en la canal bicipital, removiendo o quitando la porción del tendón que se encuentra por encima de la canal, alivia y cura los síntomas sin debilitar materialmente la función articular del hombro.

Comentario. En el Hospital de la Policía he tenido muchos casos de Peritendinitis de la porción larga del biceps. Haciendo un diagnóstico precoz en los traumatismos del hombro e imponiendo el tratamiento de Böhler inmovilización por 3 semanas en férula metálica en abducción en ángulo recto del brazo, se coloca a posteriori, la operación fijadora del tendón en la canal bicipital. Esta es nuestra opinión.—Dr. A. Barba Inclán.

20. RESUMEN

Dr. José Luis Bado M. D. Montevideo. Uruguay. Experiencia en el tratamiento de la fractura intracapsular del cuello del fémur. *The journal of Bone and joint Surgery*. Abril de 1948. Vol. 30-A No. 2. U.S.A.

Las conclusiones a que llega el autor son las siguientes:

10. Una larga serie de fracturas del cuello del fémur ocurridas, no reciben atención terapéutica activa por la condición mala general de los pacientes. Cerca de un 65 a 70 por ciento de las fracturas reciben un tratamiento activo.

20. Varios métodos de tratamiento con fijación metálica de la fractura, dan pobres resultados y dejan mucho que desear en el pronóstico de estas lesiones.

30. La osteotomía como operación primaria es un proceder terapéutico ciertamente de buenos resultados, pero demanda sacrificio de parte de la función articular de la cadera lesionada.

40. Injerto óseo primario como fijación después de la reducción

cerrada de la fractura, elimina las desventajas de los métodos descrito hasta aquí; esto es, previene la necrosis aséptica de la cabeza y la reabsorción del cuello femoral al mismo tiempo que mantiene una mejor función articular en la cadera. En la actualidad nosotros preferimos este último método de tratamiento que todos los demás, porque sus resultados han sido mejores.

Comentario: Mi línea de conducta es usar el clavo de Smith Peartesen en todos aquellos casos favorables a la consolidación fracturaria del cuello; pero cuando la naturaleza del caso que obliga a evitar todo género de complicaciones mediatas e inmediatas, uso mi técnica descrita en esta Revista del injerto óseo tibial a lo Albee introducido a través de la ventana de yeso de la expica previamente colocada con anestesia de gas.—*Dr. A. Barba Inclán.*

3o. RESUMEN

Dr. John Royal Moore M.D. Philadelphia.— Copa cartilaginosa artroplástica en pseudartrosis del cuello del fémur. *The journal of Bone and joint Surgery*. Vol. 30-A No. 2. Abril 1948. U.S.A.

La conclusión a la que llega el autor es la siguiente:

La copa cartilaginosa artroplástica ha sido propuesta como métodos, en fracturas sin unión del cuello del fémur, particularmente en las clases llamada II y III. El método es admitido como una modificación del "Proceder de Brackett" y es similar automáticamente a los métodos descritos por Wagner, Venable, Suck y Beach y otros. Si alguna originalidad puede existir, está basada en la utilización primaria del cartílago hialino de la cabeza femoral, como un auto-injerto de dicha porción.

Los resultados en 9 casos fueron considerados excelentes y en dos fueron pobres.

Comentario: Cuando se nos han presentado casos de pseudartrosis del cuello femoral en ancianos, nos hemos decidido por la osteotomía alta, con desplazamiento de la diáfisis hacia adentro, buscando apoyo, con lo cual hemos obtenido satisfactorios resultados, sin recurrir a operaciones artroplástica, de pronóstico más serio, en nuestro concepto.—*Dr. A. Barba Inclán.*

4o. RESUMEN

Dr. Rufus H. Alldredge. M.D. Nueva Orleans.— Método cineplástico para las amputaciones del miembro superior. *The journal of Bone and joint Surgery*. Vol. 30-A No. 2. Abril 1948. U.S.A.

El sumario del autor comienza haciendo referencia a las observaciones y trabajos de la Comisión de Cirujanos del ejército norteamericano en Europa sobre amputaciones y prótesis en el 1946 y también sobre el Comité de miembros artificiales que desde hace

tiempo viene estudiando los métodos cineplásticos. Fué en Alemania y principalmente en Berlín y Munich donde nacieron el método cineplástico y el de Krukenberg. El Prof. Max Lebsche de Munich introdujo la práctica de canalizar los músculos de los miembros superiores amputados haciéndolos cineplástico.

Los principios del método consisten en el uso de los músculos motores del muñón bien los extensores o flexores y ambos también, el pectoral etc. haciendo túneles en dichos sistemas musculares con tubos del piel, que permiten luego de cicatrizado, la colocación de "rod" o barritas de apoyo, que van a la prótesis y mueven los sistemas articulados de la misma.

En el método de amputación de Krukenberg usado para el antebrazo en lo esencial es una pinza de dos ramas hecha con los sistemas musculares antagónicos y no se requiere prótesis alguna.

Comentario: Distintas figuras ilustran este explícito y acabado trabajo sobre amputaciones cineplástica donde se ven la prótesis tipo alemán figurada, por decirlo así, a los distintos "rod" o barillas de apoyo, que toman los músculos biceps, triceps en otros flexores y extensores del antebrazo y en otra prótesis completa del brazo, al músculo pectoral.—*Dr. A. Barba Inclán.*

55. RESUMEN

Dr. E. H. White M.D. and Jean M. Stevenson M.D. Cincinnati. Tracción lateral esquelética como tratamiento para la fractura del antebrazo. *The journal of Bone and joint Surgery*. Vol. 30-A No. 2 Abril 1948. U.S.A.

1o. El autor presenta un simple método que permite la reducción temprana de las fracturas infectadas del radio y cúbito. El mismo principio es ahora ampliamente empleado en cirugía.

2o. El uso de tornillos de tracción no hace necesario operaciones de prueba que cierren la herida original.

3o. La tracción esquelética lateral se discontinúa cuando la radiografía evidencia formación de callo. No se ha requerido anestesia alguna para la extracción de los tornillos.

4o. En una corta serie de casos no ha sido necesario repetir operaciones sobre el estado de infección predominante.

Comentario: Por lo que apreciamos en la lectura del trabajo sobre tracción lateral con tornillos de anclaje óseo, en radio y cúbito es, que la tracción se amarra a arcos de alambres gruesos inclinados en el yeso y próximos al foco de fractura.

Nuestra experiencia hasta ahora, era con alambres de Kirschner que se fijaban al yeso, en tracción lateral en muy contados casos.— *Dr. A. Barba Inclán.*

Estimado Doctor:

Si su cliente necesita un buen tónico y reconstituyente,
tenga presente nuestro:

F O S C O B I N

ELIXIR VITAMINICO DE COMPLEJO B
CON GLICEROFOSFATOS.

CONTIENE:

Clorhidrato de Tiamina (Vitamina B¹)
Riboflavina (Vitamina B² ó G)
Clorhidrato de Piridoxina (Vitamina B⁶)
Acido Nicotínico Amida (Niacinamida)
Glicerofosfato de Calcio
Glicerofosfato de Potasio
Glicerofosfato de Manganeseo
Glicerofosfato de Sodio
Vino Moscatel
Elixir Simple F.E.U.
Alcohol
Agua Destilada



D O S I S :

Para Aultos: Una cucharadita (15 c.c.) tres veces al día
antes de las comidas o según lo indique el médico.

PREPARADO POR EL LABORATORIO DE LA
DROGUERIA DE JOHNSON
H A B A N A

EMILIO P. MUÑOZ

APARATISTA ORTOPEDICO

CON MAS DE 25 AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA CONSTRUCCION
DE TODA CLASE DE APARATOS DESTINADOS A LA CORRECCION
DE DEFORMIDADES

•

BRAGUEROS Y FAJAS PARA

HERNIAS Y PTOSIS VISCERALES

▼

San Lázaro No. 656 Teléfono U-6400

H A B A N A

LABORATORIOS "CHEDIAK"

Dr. MOISES CHEDIAK Dr. ALEJANDRO CHEDIAK

TODA CLASE DE INVESTIGACIONES REALIZADAS
PERSONALMENTE. — SERVICIO PERMANENTE
DE TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PLASMA

CALLE 23 No. 654, VEDADO TELFS. F-5533 — F-3405
ENTRE D Y E HABANA

ORTOPEDIA *González*

- ◆ PROTESIS
- ◆ APARATOS
- ◆ CALZADO
- ◆ FAJAS MEDICINALES

Exclusivamente por prescripción facultativa.

Luis Z. González

DIRECTOR TÉCNICO

Guillermo Z. González

ADMINISTRADOR

Neptuno y Lealtad. Habana. Teléfono M-1475

Dr. E. GARCIA PEREZ

MEDICO CIRUJANO

TRANSFUSIONISTA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE INFANCIA

L A B O R A T O R I O

E X C L U S I V A M E N T E

TRABAJOS PERSONALMENTE REALIZADOS
ANALISIS E INVESTIGACIONES CLINICAS

Transfusiones sanguíneas; EN ESPECIAL A NIÑOS

ANIMAS No. 661

TELEFONOS: A-6231 M-6231

(Lealtad y Escobar)

OSCAR J. ANGULO

EQUIPOS DE HOSPITALES

NEPTUNO No. 565

HABAN A

TELEFS. } U-6300
 } U-4371

J. MENDEZ

ZAPATERO ORTOPEDICO



AMISTAD 179, ENTRE CONCORDIA Y NEPTUNO

H A B A N A



SE HACE CALZADO SOLAMENTE
POR INDICACION FACULTATIVA

CLINICA MIRAMAR, S. A.

AVENIDA RAMON MENDOZA Y 17, ALTURAS DE MIRAMAR
TELEFONO B-6498

DIRECTOR TENICO

DR. JOSE RAMIREZ OLIVELLA

ADMINISTRADOR

DR. ENRIQUE SALAS



Para la asistencia de enfermos privados, de todas las capacidades económicas. — Mínimo costo y máxima eficiencia.

CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES QUIRURGICAS

SERVICIO PERMANENTE DE CIRUGIA
DE URGENCIA Y TRAUMATOLOGIA

ESTOS NUMEROS LOS PUEDE ADQUIRIR
EN LA ADMINISTRACION

Octubre, noviembre y diciembre	1936
Octubre, noviembre y diciembre	1937
Enero, febrero y marzo; octubre, noviembre y diciembre	1938
Enero, febrero, abril, julio a diciembre	1939
Enero, marzo, abril, junio, octubre y diciembre	1940
Octubre y diciembre; abril, julio, junio, septiembre	1941
Abril, junio, julio, diciembre	1942
Enero, junio	1943
Abril, mayo, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre	1945
Enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre	1946



"CALCIUM-SANDOZ"

SANDOZ

BASILEA

(SUIZA)

Ofrece al distinguido cuerpo médico de Cuba, su
OFICINA CIENTIFICA, en donde encontrarán
siempre la atención que merecen en relación con
información, literatura y muestras.

OFICINA CIENTIFICA SANDOZ
AYESTARAN 240.—HABANA

REPRESENTANTE GENERAL: DR. E. MARQUEZ
AYESTARAN 23B,—HABANA

DROGUERIA "SARRA"

LA MAYOR
(ESTABLECIDA EN 1853)

SUPERFICIE UTILIZADA: 55 VIDRIERAS EXTERIORES
MAS DE 40.000 M².
46 EDIFICIOS

SIEMPRE ADELANTE

y al servicio de los señores Médicos,
Dentistas y Veterinarios.

LABORATORIO - FABRICA

de Productos Químicos y
Farmacéuticos.

EL MAYOR DE LA REPUBLICA

ESPECIALIDADES SARRA

Elaboradas con las materias primas
de más alta calidad obtenible.

VISITENOS: SALDRA COMPLACIDISIMO

UTILICENOS: LO SERVIREMOS GUSTOSOS

CATALOGOS — LISTAS — PROSPECTOS

MUESTRAS GRATIS

SIEMPRE A LA DISPOSICION DE LOS SEÑORES FACULTATIVOS